



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA-UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES- CCHLA.
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA-PPGS**

**DESENHO INSTITUCIONAL E EFETIVIDADE DELIBERATIVA DOS
CONSELHOS DE SAÚDE: DINÂMICAS DE PARTICIPAÇÃO E
PROCESSO DECISÓRIO NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA - PB**

ROSALBA MARIA MORAIS GONZAGA

JOÃO PESSOA, PARAÍBA.

2011

ROSALBA MARIA MORAIS GONZAGA

**DESENHO INSTITUCIONAL E EFETIVIDADE DELIBERATIVA DOS
CONSELHOS DE SAÚDE: DINÂMICAS DE PARTICIPAÇÃO E PROCESSO
DECISÓRIO NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA – PB.**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Área de Concentração: Políticas Públicas de Saúde; Sociologia Política.

PROF. DR. ARTUR FRAGOSO DE ALBUQUERQUE PERRUSI
ORIENTADOR

JOÃO PESSOA, PARAÍBA 2011

ROSALBA MARIA MORAIS GONZAGA

**DESENHO INSTITUCIONAL E EFETIVIDADE DELIBERATIVA DOS
CONSELHOS DE SAÚDE: DINÂMICAS DE PARTICIPAÇÃO E PROCESSO
DECISÓRIO NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA - PB**

Universidade Federal da Paraíba
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Sociologia
Área de Concentração: Políticas Públicas de Saúde; Sociologia Política.

Data da aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Artur Fragoso de Albuquerque Perrusi

Orientador - Universidade Federal da Paraíba

Prof. Dr. Eduardo Sérgio Soares Sousa

Examinador Interno - Universidade Federal da Paraíba

Prof. Dr. Rogério de Souza Medeiros

Examinador Interno - Universidade Federal da Paraíba

Professora Dr^a. Jordeana Davi

Examinadora Externa - Universidade Estadual da Paraíba

*Ao meu grande amor, exemplo de força,
coragem, confiança e fé.
Quando moço, retrato de um lindo boêmio.
Quando senhor, grande sábio com
simplicidade e ternura. Moisés G. Filho –
meu pai e herói.*

*A minha inspiradora e sublime mãe Albany
moraes (in memoriam). Ela é mais que
qualquer canção fonte de toda a minha
inspiração. O meu sagrado, poema predileto,
doce e eterna presença.*

AGRADECIMENTOS

De forma honrada e extrema gratidão agradeço ao meu estimado orientador, o professor Dr. Artur Fragoso de A. Perrusi. Principalmente, pela confiança depositada no meu trabalho, por sua leitura crítica, estímulo intelectual representado pela sua orientação, cumplicidade e competência no ato de proceder às valiosas contribuições e reajustes para o aprimoramento deste trabalho.

As minhas tias Maria de Lourdes e Teresinha Ferreira, por todo auxílio financeiro, amor e compreensão.

Ao Prof. Dr. Eduardo Sérgio Soares Sousa/UFPB, Prof. Dr. **Rogério de Souza Medeiros/UFPB, (além do já citado Dr. Artur Perrusi /UFPB)** - membros da Banca de Qualificação. Agradeço pelo apoio e contribuição para com este trabalho.

Aos professores que fazem parte da Banca examinadora de Defesa pela honrosa presença e suas considerações teóricas.

A todo o corpo Docente do PPGS/UFPB, por partilhar o saber de forma motivadora.

Aos Conselheiros (as) entrevistados (as), por seus depoimentos/entrevistas que muito contribuíram no andamento e conclusão da pesquisa.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Sociologia/UFPB, pela disponibilidade e atenção.

Aos meus irmãos Rogério Gonzaga e Rovênia Moraes e a todos que ao conviverem comigo tornaram os dias mais alegres e esperançosos.

Sobre a representatividade dos atores políticos:

Não há democracia que não seja representativa e a livre escolha dos governantes pelos governados não teria qualquer sentido se estes não fossem capazes de exprimir demandas, reações ou protestos, formados a partir da ‘Sociedade Civil’.

Alain Touraine, 1996 - (O que é a Democracia?).

SUMÁRIO

LISTAS DE GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS.....	(09)
ABREVIações E SIGLAS.....	(11)
RESUMO.....	(12)
ABSTRACT.....	(13)
APRESENTAÇÃO.....	(14)
(CAPÍTULO 01) - DEMOCRACIA E O PROBLEMA DA REPRESENTAÇÃO: ENTRE A DEMOCRACIA REPRESENTATIVA E UMA DEMOCRACIA MAIS “EFETIVA”	(23)
1.1 - A Democracia Representativa segundo Norberto Bobbio.....	(24)
1.2 - Estado e Sociedade Civil: Pontos convergentes e/ou divergentes na relação: Estado/Cidadão.....	(27)
1.3- Habermas e o modelo procedimental de Democracia.....	(29)
(CAPÍTULO 02) - ASPECTOS METODOLÓGICOS E CONCEITUAIS.....	(33)
2.1- Explorando o campo de trabalho.....	(33)
2.2- Local do Estudo.....	(34)
2.3- Coleta de Dados.....	(34)
2.4- Diário de campo/protocolo de observação.....	(40)
2.5- Pesquisa bibliográfica.....	(41)
2.6-Tabulação dos Dados.....	(41)
(CAPÍTULO 03) – O CENÁRIO, OS ATORES E SEUS ASPECTOS INSTITUCIONAIS: “PROBLEMATIZANDO OS CONSELHOS DE SAÚDE”	(44)
3.1- Representação política e legitimidade democrática: A diversificação dos interesses na área de saúde.....	(44)
3.2- Conselhos de Saúde, instâncias colegiadas e deliberativas presentes nas três esferas de Governo.....	(52)

3.3- Conselhos de Saúde e o “problema” da descentralização das políticas públicas de saúde municipal.....(57)

3.4- Os Conselhos de Saúde e a consolidação de um modelo de Democracia Deliberativa.....(62)

(CAPÍTULO 04) - PARTICIPAÇÃO SOCIAL E DEMOCRACIA: OS CONSELHOS E A GESTÃO PARTICIPATIVA NA SAÚDE.....(65)

4.1- Caracterizando o Município de João Pessoa-PB.....(65)

4.2 - O Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa-PB: O contexto histórico.....(66)

4.3 - Composição do CMS/JP, estabelecendo o perfil dos Conselheiros Municipais de Saúde nesta capital.....(70)

4.4 - Convocação, periodicidade e a questão de presença/ausência de quórum no CMS/JP.....(84)

4.5 - Sobre a efetividade deliberativa dos Conselhos de Saúde e os seus componentes no CMS/JP.....(108)

4.6 - Entre a Normatividade e a Efetividade: O Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa e o “caso do fechamento da Maternidade Santa Maria-PB”..... (123)

4.7 – Reivindicações e debates acerca “do fechamento da maternidade Santa Maria (MSM)” em João Pessoa-PB.....(135)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....(137)

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... (140)

ANEXOS.....(154)

ANEXO 01 - Guia de entrevista.....(154)

ANEXO 02 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ANEXO 03 - Ata da 111^a Reunião Extraordinária do Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa-PB

ANEXO 04 - Relatório das visitas técnicas realizadas pela Comissão de Média e Alta Complexidade do Conselho Municipal de João Pessoa/PB às Maternidades do referido Município.

ANEXO 05 - Notificação de mobilização do Movimento Feminista contra o fechamento da Maternidade de Mangabeira (Maternidade Santa Maria).

LISTAS DE GRÁFICOS, TABELAS, QUADROS E FIGURAS

GRÁFICOS

- GRÁFICO 01** - Percentual do nível de escolaridade dos Conselheiros Municipais de Saúde/JP - 2010.....(81)
- GRÁFICO 02** - Participação relativa (ou percentual médio) nas reuniões do CMS/JP - 2008.....(88)
- GRÁFICO 03** - Participação relativa (ou percentual médio) nas Reuniões Ordinárias do CMS/JP - 2009.....(99)

TABELAS

- TABELA 01** - Ativismo eleitoral, por Conselheiro no CMS/JP.....(83)
- TABELA 02** – Tipos de deliberação - CMS/JP/2008.....(120)
- TABELA 03** – Tipos de deliberação - CMS/JP/2009.....(122)

QUADROS

- QUADRO 01** - Calendário anual - (2008), reuniões ordinárias do Conselho Municipal de Saúde - (CMS/JP) - PB.....(85)
- QUADRO 02** - Reuniões Ordinárias Extraordinárias do CMS/JP- PB (2008).....(90)
- QUADRO 03** - Média e Mediana da participação relativa nas Reuniões Ordinárias do CMS/JP 2008.....(90)
- QUADRO 04** - Média e Mediana da participação relativa nas Reuniões Extraordinárias do CMS/JP 2008.....(93)
- QUADRO 05** - Calendário anual (2009), Reuniões Ordinárias do Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa-PB.....(96)
- QUADRO 06** - Reuniões Ordinárias e Extraordinárias do CMS/JP- PB (2009).....(100)
- QUADRO 07** - Média e Mediana da participação relativa nas Reuniões Ordinárias do CMS/JP 2009.....(101)

QUADRO 08 - Média e Mediana da participação relativa nas Reuniões Extraordinárias do CMS/JP 2009.....(104)

QUADRO 09 - Frequência que mostra o assunto “o fechamento da Maternidade Santa Maria (MSM)”.....(127)

FIGURAS

FIGURA 01 – Taxa de Mortalidade Materna por 100.000 Nascidos Vivos no município de João Pessoa no período de 2005 a 2009.....(133)

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

CES – Conselho Estadual de Saúde

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CMS/JP – Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CUT – Central Única dos Trabalhadores

FMS – Fundo Municipal de Saúde

ICV – Instituto Cândida Vargas

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MSM - Maternidade Santa Maria

NOAS – Normas Operacionais Básicas

NOB – Norma Operacional Básica

PDT - Partido Democrático Trabalhista

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PSB – Partido Socialista Brasileiro

PT – Partido dos Trabalhadores

PTB - Partido Trabalhista Brasileiro

SES – Secretaria de Estado da Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

RESUMO

No campo da saúde, a criação de fóruns, como Conselhos de Saúde, e o efeito do processo de descentralização, enfatizado a partir da Constituição de 1988, resultaram em maiores atribuições e aumento da importância da esfera pública municipal de administração. Contudo, a participação de Conselheiros no processo de tomadas de decisão tem sido apontada como um dos aspectos desafiadores na atuação desses colegiados, em razão das limitações impostas à representação pelos poderes instituídos. A pesquisa está voltada à apreensão desta reflexão, com ênfase nas análises do Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa-PB (CMS/JP), mais especificamente, no que diz respeito ao processo decisório e sua efetividade deliberativa. Para tanto, foram realizadas diversas análises, partindo de um estudo de cunho qualitativo e quantitativo, sendo utilizado o cruzamento de dados entre três elementos basilares no referido estudo: informações obtidas através das observações no CMS/JP, textos das Atas do CMS/JP e textos elaborados a partir das entrevistas com alguns dos Conselheiros Municipais de Saúde/JP-PB. Sob o enfoque quantitativo, foram elaboradas tabelas, cujo objetivo foi obter, entre outros, dados relacionados à questão do quórum nas reuniões do CMS/JP, isto é, à presença/ausência de Conselheiros representantes dos segmentos no referido colegiado. Depois de extraídos, os dados foram tabulados a partir do uso de medidas de tendência central: média e mediana, com intuito de analisar a participação numérica da representação por segmento nas reuniões do CMS/JP-PB. Conforme indica o estudo, o CMS/JP tem atuado de forma muito mais propositiva do que deliberativa, ou seja, nota-se que este colegiado tem apresentado grandes dificuldades para o desempenho do seu caráter deliberativo, com pouca expressividade no campo de alguns debates onde a participação nem sempre resulta em significativa influência decisória nas deliberações das políticas públicas de saúde municipal, incidindo em grande fragilidade deliberativa.

Palavras-chave: Conselhos de Saúde; Efetividade deliberativa; Processo decisório.

ABSTRACT

In health, the creation of forums as Health Councils and the effect of the decentralization process emphasized by the Constitution of 1988, resulted in higher powers and the increasing importance of the public sphere of municipal administration. However, the participation of Councillors in the process of decision making has been identified as one of the challenging aspects in the work of these committees, because of limitations imposed by the powers of representation. The research is focused on understanding of this process, with emphasis on analyzes of the Municipal Health Council of João Pessoa (CMS/JP), more specifically, with regard to decision making and their effectiveness discussed. To this end, several analyzes were performed starting from a study of qualitative and quantitative, by using the linking of data from three basic elements in this study: information obtained from observations on the CMS / JP, texts of the Acts of the CMS/JP and texts drawn from interviews with some of the Municipal Board of Health/JP-CP. Under the quantitative approach, tables were compiled, whose goal was to obtain, among other data related to the issue of quorum at meetings of the CMS/JP, that is related to the presence / absence of Councillors representatives of the segments in that council. Once extracted, the data were tabulated from the use of measures of central tendency: mean, median, aiming to analyze the participation of the numerical representation for each segment in the meetings of the CMS/JP-CP. As the study indicates, the CMS/JP has acted in a much more purposeful than deliberative, ie, note that this collegiate has presented great difficulties for the performance of its deliberative character, with little expression of some debates in the field where the participation does not always result in significant decision-making influence in the deliberations of the municipal public health policies, focusing on very fragile deliberative.

Key words: Health Councils; Effectiveness deliberative, decision-making process.

APRESENTAÇÃO

A participação em saúde é fruto de um processo constituinte e se configura como espaço democrático de negociação constante que envolve lutas, debates e articulação dos mais diferentes segmentos da sociedade civil organizada. Nesse sentido, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 assegura o direito ao exercício da cidadania ativa, ao instituir a participação e representação, introduzindo, de certa forma, o acesso à “agenda pública” e maior interação da sociedade civil com as esferas governamentais, através de mecanismos participativos, a exemplo dos Conselhos e Conferências de Saúde, entre outros.

Desse modo, a atuação de Conselhos de Saúde, de caráter deliberativo e composição paritária, pela via institucional, está intimamente ligada ao processo de descentralização e à prática de gestão participativa. Sobretudo, porque, enquanto projeto político-institucional, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi organizado a partir dos princípios da universalidade, integralidade e da equidade, o que ocasionou grandes mudanças estruturais para a saúde. Através do modelo de descentralização, modificou significativamente o modo de gerir as políticas públicas de saúde, frente ao antigo modelo do Instituto Nacional Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), até então, dominante. Vale salientar, essas mudanças foram, pouco a pouco, sendo refletidas na agenda política brasileira, o que foi fundamental para a ampliação das tomadas de decisão em âmbito federal, estadual e municipal.

Segundo Arretche (2000), no início da década de 80, a temática da descentralização e universalização dos serviços de saúde já havia entrado na agenda governamental, contudo, somente após a direção de uma coalizão fortemente organizada, esses princípios tornaram-se regras constitucionais, o que ocorreu ao final dos anos de 1980. Com efeito, dada a regulamentação desses princípios, a Lei nº 8.080/1990, chamada Lei Orgânica da Saúde, “define as atribuições de cada esfera de governo no que diz respeito à gestão e competências”, ao passo que a Lei nº 8.142/1990 vem complementá-la, “estabelecendo as formas de participação comunitária e as condições e formas de transparências de recursos entre as três esferas de governo” (ARRETCHE 2000, pg. 205). Portanto, ressalta-se que um dos elementos fundamentais da democratização é a participação de representantes da sociedade civil nos processos decisórios dos diferentes níveis de governo.

No âmbito da saúde, a representação é estabelecida a partir da institucionalização da participação popular através de fóruns e colegiados. Conforme descrito na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, “o princípio constitucional da ‘participação da comunidade’ na gestão pública dar-se-ia, no âmbito da saúde, pelas Conferências de Saúde e por meio dessas

instâncias políticas, previstas para os três níveis de governo” (TATAGIBA 2002, pg. 51). Os Conselhos de Saúde são instâncias de caráter permanente e deliberativo, composto por diversos segmentos da sociedade civil, entre eles: prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários.

Nessa perspectiva, a busca por descentralização, a transparência nas decisões, a participação dos cidadãos - através de representantes dos mais diversos segmentos da sociedade - na formulação e fiscalização das políticas e recursos da saúde pública são novos elementos que conformam o modelo de gestão democrática no país. Logo, sobre participação cidadã e democracia, pode-se dizer que a característica principal desse tipo de participação consiste “na tendência à institucionalização, entendida como inclusão no arcabouço jurídico institucional, a partir da criação de estruturas de representação novas, em termos de objetivos”. E, também, de “finalidades, práticas e composição social. Essas estruturas são compostas por representantes eleitos diretamente pela sociedade civil e por representantes do poder público” (GOHN 2004, pg. 59).

Em síntese, os Conselhos de Saúde procuram garantir espaços de negociação, controle e fiscalização da execução de políticas de saúde, tendo como intuito alcançar melhorias significativas nos serviços de saúde prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Desse modo, “a grande novidade dos conselhos gestores é o fato de eles terem criado novo padrão de relação entre Estado e Sociedade, criando novas formas de controle social, por meio da ampliação da esfera social pública”. (GOHN 2004, pg. 66). Portanto, partindo-se do reconhecimento da importância da natureza deliberativa para desempenho do papel democratizante dos Conselhos de Saúde, bem como da noção de participação política e concepção de gestão democrática, é necessário, contudo, resgatar, para a continuidade da discussão, um elemento determinante, no que se refere ao desempenho desses colegiados, isto é, é preciso refletir sobre o desenho institucional e sua efetividade deliberativa.

A pesquisa está voltada à apreensão desta reflexão, com ênfase nas análises do Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa-PB (CMS/JP). De fato, a idealização deste trabalho se deu através de uma análise envolvendo a temática da representatividade e o processo de tomadas de decisão que ocorrem no interior dos Conselhos de Saúde. Vale destacar que o uso do termo representatividade, no âmbito deste estudo, traduz, conceitualmente, a ideia de se representar com efetividade e “qualidade” os segmentos que elegeram os conselheiros. Assim sendo, a pesquisa teve como foco as análises referentes ao Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa-PB, examinando-se o processo deliberativo.

Para tanto, realizou diversas análises, dentre elas, o estudo de caso: “o fechamento da Maternidade Santa Maria (MSM)”, localizada no Complexo Hospitalar Prof. Humberto Nóbrega, situado no bairro de Mangabeira, nessa capital, conforme será descrito no decorrer da pesquisa.

Para fins de estudo e melhores esclarecimentos sobre o tema, considera-se que “os mecanismos de fiscalização, acompanhamento e divulgação das decisões, dizem respeito à efetividade dos conselhos”, ou seja, “à sua capacidade de influenciar nas decisões tomadas pelas respectivas secretarias municipais e de produzir impactos nas políticas sociais” (JUNIOR, AZEVEDO e RIBEIRO 2004, pg. 40).

De acordo com Elenaldo Celso Teixeira (2000), para o Conselho ter efetividade é preciso, sobretudo, a presença de elementos determinantes, ou seja, a avaliação da efetividade deve contemplar alguns requisitos fundamentais. Conforme esclarece o autor, os Conselhos devem apresentar paridade, representatividade, bem como realizar pressão social, com o intuito de concretizar as deliberações. Entretanto, com relação ao princípio paritário, adverte-se que a relação da paridade deve ser “entendida na condição de igualdade e não apenas aspecto numérico. Igualdade de condições de acesso às informações, na possibilidade de formação e na disponibilidade de tempo dos conselheiros”. (TEIXEIRA 2000, pg. 93).

Com relação ao segundo aspecto, ou seja, a representatividade, afirma-se que é necessário, por sua vez, observar o vínculo do representante com suas bases e como tem sido a representação dos interesses coletivos nesses colegiados, caso contrário, não haverá efetividade na representação. Em terceiro lugar, não se pode encarar a deliberação apenas como uma questão formal, isto é, a deliberação “depende de um conjunto de forças e, se não temos a pressão social, obviamente, o caráter deliberativo não tem força e não se realiza”. A mesma lógica, também “pode ser aplicada para entender a falta de efetivação das decisões do Conselho”. (TEIXEIRA 2000, pg. 93 e 94).

Por fim, ressalta-se a questão da publicização das tomadas de decisão dos Conselhos. Nesta perspectiva, “é preciso identificar em que medida os Conselhos têm promovido a divulgação das suas ações, a discussão pública da sua pauta, o aproveitamento de fóruns como a Câmara de vereadores, para tratar de questões de saúde, entre outros”. (TEIXEIRA 2000, pg. 94). Sobre o CMS/JP e a relação desses critérios acima mencionados, discorrer-se-á com mais detalhes, posteriormente.

Diante do exposto e com a finalidade de contribuir para o esclarecimento sobre o desenho institucional e a efetividade deliberativa no CMS/JP-PB, foram elaboradas, além das

categorias acima descritas, outras subcategorias, as quais se definiram na seguinte ordem: “demanda de tempo”, “demanda de conhecimento técnico” e “publicização das ações do Conselho”, suas definições e discussões teóricas serão apresentadas no item ‘Participação Social e Democracia: Os Conselhos e a Gestão Participativa na Saúde’.

Ainda sobre a temática de Conselhos e gestão democrática, Gohn (2004, pg. 90) explica que “a gestão pública adota formas colegiadas e uma das questões chaves será obter altos índices de representatividade entre os atores que interagem”. Desse modo, é importante ressaltar o processo de interação entre representantes da sociedade civil e do Estado, através desses canais de participação, uma vez que os Conselhos possibilitam a criação de oportunidades para que sejam alteradas as relações entre os poderes instituídos. Isto significa buscar a ampliação de espaços de negociação e diálogo e estabelecer um novo modo de concepção sobre o processo de participação, envolvendo agentes de representação dos mais diversos segmentos, ampliando espaços de participação e cidadania. Nesta perspectiva, para compreensão das reflexões dessa temática, pode-se assim destacar o termo participação cidadã, porque “está lastreado na universalização dos direitos, na ampliação do conceito de cidadania para além da dimensão jurídica”, bem como, “numa nova compreensão sobre o papel do Estado, remetendo à definição das prioridades nas políticas públicas a partir de um debate público”. (GOHN 2004, pg. 58).

Assim sendo, ao longo do processo acima descrito, foram sendo construídas múltiplas e desafiadoras expectativas quanto às mudanças na área da saúde pública, que deveriam ser geradas através do modo de governo democrático e da atuação desses órgãos colegiados. De fato, imagina-se que “a sociedade poderia exercer um papel mais efetivo de fiscalização e controle estando ‘mais próxima do Estado’, assim como poderia imprimir uma lógica mais democrática na definição da prioridade na alocação dos recursos públicos”. (TATAGIBA 2002, pg. 47).

Neste sentido, todos esses elementos teóricos e conceituais visam oferecer subsídios para a discussão sobre a gestão pública municipal e o novo modo de “governança democrática”, em particular, a respeito da participação enquanto princípio de engajamento de novos sujeitos políticos na esfera de saúde pública municipal. Sobre os Conselhos de Saúde, é comumente entendido que a atual literatura tem dado grande ênfase à problematização do processo de tomadas de decisão e da participação de conselheiros, que desponta como um dos aspectos desafiadores, em razão das limitações impostas à representação pelos poderes instituídos. Governança, aqui estabelecida, apresenta um conceito distinto de governabilidade,

pois, enquanto o termo governabilidade está relacionado às condições do exercício da autoridade política, governança “qualifica o modo de uso dessa autoridade”. (MELO 1995, pg. 30).

De todo modo, governança pode ser entendida como a “capacidade governamental para superar resistências políticas e levar à frente reformas consideradas indispensáveis, reformas consideradas justas e meritórias, universalistas”. (REIS 1995, pg. 50 e 51).

Governança local, por sua vez, refere-se a um sistema de governo onde se faz necessária a inclusão de novos atores sociais, através do envolvimento de organizações públicas, bem como de organizações privadas. A governança local, portanto, trata-se da gestão compartilhada entre os diferentes “agentes e atores sociais”. (GOHN 2004, pg. 64).

Neste sentido, a temática da gestão pública democrática traz o debate para a arena político-institucional, dando-se ênfase à relação tripartite concernente às formas vigentes e instâncias compreendidas em termos de gestão da saúde, isto é, no âmbito federal, estadual e municipal. Para tanto, faz-se necessário refletir sobre as condições político-institucionais para estabelecer a gestão participativa, apontando-se mudanças que os direcionam ao processo de democratização, na área da saúde pública, e para a experiência de um modelo de descentralização e processos decisórios voltados para a compreensão da democracia. Em síntese, quanto mais ampla for a participação dos cidadãos nas tomadas de decisão nas três esferas governamentais, mais democrático se dará o processo decisório, como também a formulação e implementação das políticas públicas de saúde.

Diante do exposto, nesse estudo, pretende-se analisar o desenho institucional e o tema da efetividade deliberativa em Conselhos de Saúde, a partir do conjunto de indicadores investigados no estudo de caso do CMS/JP-PB, mencionado anteriormente. Na sequência, procura-se oferecer, para além de um olhar político-institucional, uma perspectiva sociológica acerca das interfaces e desafios que ora permeiam o Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa- PB.

Destaca-se, ainda, a pertinência deste estudo, por abordar questões relacionadas ao controle social e recursos vinculados à saúde em âmbito municipal, bem como debater, a partir do conjunto de temas, as questões norteadoras da participação e articulação na gestão pública democrática. O processo de municipalização e o repasse de recursos “fundo a fundo”, por sua vez, tem como exigência, entre outros, a criação de Conselhos de Saúde para envio direto de verbas aos fundos municipais de saúde. Assim, para avaliar as tomadas de decisão, no âmbito dessas instâncias, é preciso o aprofundamento da pesquisa sobre a origem,

natureza, dinâmica de funcionamento, além de outros determinantes que definem o desempenho institucional dos Conselhos Municipais de Saúde.

Desse modo, embora os motivos apontados possam ser os mais variados, parte-se da hipótese de que, apesar do tempo transcorrido e da experiência desses Conselhos - ainda considerados recentes no cenário brasileiro - geralmente os mesmos apresentam baixa “capacidade deliberativa” (TATAGIBA, 2002: 92). A análise dedica-se, portanto, ao funcionamento e à efetividade deliberativa do CMS/JP.

Tendo como referências bibliográficas alguns estudos sobre a temática desses órgãos colegiados, a indagação que se faz sobre a atuação dos Conselhos de Saúde remete-se, principalmente, à questão da sua efetiva representatividade, na perspectiva de “qualidade” da representação, crise da realização, da perspectiva dos representados, isto é: os representados o são de fato? Dito de outra forma, o segmento dos usuários, por exemplo, apresenta-se sobre o princípio paritário nos Conselhos de Saúde, mas a representação deste segmento atua efetivamente com influência decisória?

Inicia-se, pois, algumas indagações que, ao invés de uma resposta pronta e acabada - se é que se pode estabelecer tal afirmação - conduz o leitor a vários momentos de reflexão. O Conselho “é fruto de uma luta, de uma conquista, e pode ter a sua efetividade e seu desempenho melhorado”. (TEIXEIRA 2000, pg. 95).

Portanto, sob a ótica dos questionamentos anteriores, foram delineados os seguintes objetivos:

- ✓ Verificar se o CMS/JP, através das suas deliberações, influencia, efetivamente, na produção e controle da política pública de saúde nessa capital, com ênfase no estudo de caso do “fechamento da Maternidade Santa Maria”;
- ✓ Analisar se existe alguma influência decisória do poder executivo frente aos Conselheiros Municipais de Saúde, no que diz respeito aos debates e às deliberações na plenária do CMS/JP;
- ✓ Identificar se ocorre de algum modo, o acompanhamento das políticas públicas deliberadas no CMS/JP pelos Conselheiros Municipais de saúde;
- ✓ Examinar se a Secretaria municipal de saúde tem sido gerenciada através de uma política transparente quanto à aplicação dos recursos de saúde e se ocorre publicização das tomadas de decisão da saúde, no âmbito municipal;
- ✓ Identificar a presença de quórum nas reuniões do CMS/JP e a dinâmica para exercício de controle social, no âmbito da saúde pública municipal.

Para responder as questões que foram levantadas anteriormente, seja na problematização ou com base na hipótese norteadora dessa pesquisa, recorreu-se, para esclarecimento de tais questões, principalmente, à documentação do CMS/JP, às atas e a outros documentos: decreto de Lei, Regimento Interno, entre outros. Tal análise foi complementada pelas informações obtidas através das falas/declarações dos Conselheiros Municipais de Saúde de João Pessoa.

Enfim, o propósito desta apresentação é situar o leitor no cenário - *Conselho de Saúde no Brasil* - e permitir uma explanação mais geral do estudo. Para tanto, destacou-se elementos intrínsecos ao desenho institucional e à questão da efetividade deliberativa. Assim sendo, na pesquisa, foram identificados aspectos gerais quanto ao arcabouço institucional, bem como peculiaridades em termos de articulação e atuação referentes ao Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa, apresentado sob os enfoques da apreciação de políticas públicas de saúde debatidas em pauta no referido colegiado, como por exemplo, o “fechamento da Maternidade Santa Maria (MSM)”, conforme exposto no decorrer do trabalho.

No campo de delimitação do estudo, esta dissertação é composta de quatro capítulos. O primeiro trata da teoria democrática e da representação política. Assim, na primeira parte, é dada ênfase à questão conceitual da temática da representação, à definição de democracia representativa e aos mecanismos institucionais sem os quais ela não existe, destacando vários autores que contribuíram na fomentação do debate e ampliação do conceito da democracia e suas implicações na esfera do governo representativo.

Em seguida, aborda-se sobre temas de direitos fundamentais dos indivíduos, que se refere aos pontos convergentes e/ou divergentes na relação Estado e Sociedade Civil, com assuntos como cidadania e representatividade dos governantes. Trata, pois, conceitualmente, do termo “sociedade civil” em várias acepções, conforme, aplicado por Norberto Bobbio. O terceiro item se refere ao procedimentalismo democrático, definido a partir de Jürgen Habermas e o seu modelo Procedimental de Democracia, valorizando a compreensão procedimental da democracia e do conteúdo normativo do Estado democrático de direito. Não por acaso que este é apontado como primeiro tópico; a análise envolve vários autores e o debate teórico de conceitos-chave está disponível ao leitor para compreensão do universo estudado.

O segundo capítulo trata da metodologia a utilizada. Aborda-se, portanto, o conjunto de indicadores construídos a partir do cruzamento de dados fundamentais para a pesquisa no CMS/JP, quais sejam: informações obtidas através das observações no CMS/JP, textos das

Atas do CMS/JP e textos elaborados a partir das entrevistas a alguns dos Conselheiros Municipais de Saúde/JP-PB. No estudo, priorizou-se a combinação de instrumentos metodológicos qualitativos e quantitativos, pois entende-se que este método é o que melhor possibilita testar as hipóteses a serem trabalhadas. Desse modo, os dados foram obtidos através de técnicas: (I) de documentação direta (pesquisa de campo), da qual faz parte a observação direta, com as técnicas da observação participante e a entrevista. (II) documentação indireta (abrangendo a pesquisa documental e bibliográfica).

Do ponto de vista metodológico, a escolha desses recursos foi fundamental para a tabulação e análise do estudo sobre o tema da efetividade deliberativa no CMS/JP e determinante no estudo do “fechamento da Maternidade Santa Maria (MSM)”, em João Pessoa-PB. Sob o enfoque quantitativo, foram elaboradas tabelas, cujo objetivo foi obter, entre outros, dados relacionados à questão do quórum nas reuniões do CMS/JP, isto é, relacionadas à presença/ausência de Conselheiros representantes dos segmentos no referido colegiado. Depois de extraídos os dados e sendo estes tabulados a partir do uso de medidas de tendência central: média e mediana, com intuito de analisar a participação numérica da representação por segmento nas reuniões do CMS/JP-PB, nos anos 2008 e 2009, respectivamente.

O terceiro capítulo, intitulado “O cenário, os atores, e seus aspectos institucionais: problematizando os conselhos de saúde”, destacam-se elementos sobre a origem, natureza, composição, dinâmica de funcionamento desses canais de interação entre a sociedade civil e o Estado. Assim sendo, faz-se uma reflexão sobre o processo de fortalecimento desses espaços públicos de deliberação no setor da saúde e como se encontram diversos desafios que refletem no “desempenho institucional” desses Conselhos. Esse item trata, portanto, de temas relacionados, inicialmente, à representação política e legitimidade democrática, sob a perspectiva da diversificação dos interesses na área de saúde. Por conseguinte, debate assuntos como o processo de descentralização brasileira e as políticas públicas de saúde no Brasil, refletindo sobre os Conselhos Municipais de Saúde e a gestão descentralizada na área da saúde pública municipal, sistematizando os Conselhos de Saúde, enquanto instâncias colegiadas e deliberativas presentes nas três esferas de governo. Este tópico procura inserir o leitor no ambiente político-institucional dos Conselhos de Saúde, bem como ampliar as ideias que são tratadas no universo da pesquisa.

O quarto capítulo refere-se especificamente aos dados extraídos e analisados no CMS/JP-PB. Este tópico aprofunda a reflexão final do meu trabalho monográfico sobre as

“Práticas de representação, Participação e Controle Social nos Conselhos Municipais de Saúde: Um estudo de caso em João Pessoa – PB”. Apresenta a caracterização do município, indica referências relevantes sobre o desenho institucional e a questão da efetividade deliberativa no CMS/JP, através das análises que configuram a pesquisa. Nele, apresentam-se tabelas e quadros demonstrativos da situação de quórum do CMS/JP e categorias de estudo que estão relacionadas ao processo de tomadas de decisão. Nesse contexto, também, identificam-se as contribuições e dificuldades encontradas pelos conselheiros de saúde para acompanhamento e ações direcionadas ao processo decisório. E, por sua vez, ocorre a crítica ao processo de construção do controle social e da representação no âmbito do CMS/JP, enfatizando, sobretudo, o desenho institucional do CMS/JP e sua atuação junto à Secretaria Municipal de Saúde da capital paraibana para viabilizar ou não os processos decisórios e estabelecer caminhos de controle social no município.

Completando o conjunto de análises do estudo, ainda no quarto capítulo, são apresentadas ideias fundamentais sobre o estudo dos Conselhos de Saúde, qual seja: entre a Normatividade e a Efetividade: O Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa e o “caso do fechamento da Maternidade Santa Maria-PB”, abordando os debates e apreciação da pauta. Foram utilizadas as Atas do CMS/JP, contribuindo com importantes dados que auxiliaram na confirmação das conclusões. Sem dúvida, um trabalho desafiador e instigante, em primeiro lugar, porque abordar a questão da morte materna e neonatal é tratar de assunto polêmico, haja vista os gráficos e quadros estatísticos brasileiros. A escolha da maternidade se deu devido à toda repercussão que teve este fato e ao quadro de superlotação nas demais maternidades após o “fechamento da Maternidade Santa Maria”, parturientes que passaram a ser conduzidas ao Instituto Cândida Vargas (ICV), Maternidade Frei Damião, Hospital Edson Ramalho, entre outras. Situação que repercute até hoje como tema de pauta e debate nessa capital, dadas as manchetes dos jornais e através de redes de televisão local.

(CAPÍTULO 01) - DEMOCRACIA E O PROBLEMA DA REPRESENTAÇÃO: ENTRE A DEMOCRACIA REPRESENTATIVA E UMA DEMOCRACIA MAIS “EFETIVA”.

A expressão ‘democracia representativa’ significa genericamente que as deliberações coletivas, isto é, as deliberações que dizem respeito à coletividade inteira, são tomadas não diretamente por aqueles que fazem parte, mas por pessoas eleitas por esta finalidade. (*Norberto Bobbio, 2000- O Futuro da democracia*).

A democracia é um tema que está sempre presente nos debates sobre a construção e o aprimoramento das modernas sociedades. Tão presente quanto as próprias transformações políticas e sociais que emergem nesses regimes democráticos. Assim sendo, pela própria complexidade conceitual da democracia, os seus valores têm variado através do tempo e desempenhado um papel muito importante na organização das mais variadas esferas governamentais. Portanto, “a definição da democracia como a livre escolha, em intervalos regulares, dos governantes pelos governados ilustra claramente o mecanismo institucional sem o qual ela não existe”. (TOURAINE 1996. Pg.42).

Nesse sentido, mais que uma revisão teórica e conceitual da concepção de democracia representativa, é necessária ampla reflexão sobre determinadas posturas políticas de gestores e representantes da sociedade civil organizada, isto é, a representação, em si, além do discurso de direitos coletivos e referências à pluralidade de sujeitos sociais, envolve ampliação da participação nas tomadas de decisão. A representação se constitui enquanto mecanismo de legitimação da vontade daqueles que estão sendo representados e, portanto, algumas regras são fundamentais na apreensão e no cotidiano da prática de democracia representativa. Por exemplo, a transparência no processo de livre escolha dos representantes, o reconhecimento do representante por aqueles que estão sendo representados através de sua atuação em defesa de interesses e bens comuns das suas bases ou segmento representado.

Dito de outro modo, a representação se lança de modo “autêntico” quando o representante, no exercício do seu mandato, prioriza os interesses da comunidade/segmento da sociedade que o escolheu, ao contrário de atuar somente para contemplar as demandas que sejam de interesses próprios. Portanto, a representação fundamenta-se na ideia de “delegação de poder”, que envolve o consentimento e regularidade no processo de livre escolha.

Segundo Touraine (1996), não se pode falar que há poder popular, chamado de democrático, se este não tiver sido outorgado e renovado através da livre escolha; do mesmo

modo, também não haverá democracia se for negado o direito de voto a uma parte importante dos governados.

De todo modo, a democracia é um regime que busca fortalecer mecanismos de negociação e ampla articulação entre os mais diversos cidadãos envolvidos, o que constitui o “todo social” e o regime instituído de modo representativo e democrático busca, sobretudo, garantir os direitos dos indivíduos através dos seus representantes. Deste modo, a representação democrática fundamenta-se na ideia de estabelecimento de um pacto, “acordo” realizado pelos os seus membros, onde ele deve ser respeitado e preservado de forma recíproca por todas as partes integrantes.

Em *O futuro da democracia*, o filósofo italiano Norberto Bobbio (2000) defendeu, com veemência, que “a democracia é caracterizada por um conjunto de regras (primárias ou fundamentais) que estabelecem quem está autorizado a tomar as decisões coletivas e com quais procedimentos” (BOBBIO, 2000, p. 30). Se enveredarmos pelos caminhos desse pensamento, teremos, para que uma decisão seja aceita como coletiva, é necessário que seja uma tomada de decisão com base em regras atendendo a determinados procedimentos. Remete-nos à questão: quem vai decidir? E sob quais condições? Para quem serão as ações? As tomadas de decisões fazem parte, portanto, da conjuntura de ações e condições determinantes e determinadas pelas regras do “jogo democrático”. De todo modo, “os ideais e a prática são igualmente importantes, reagem entre si de diferentes maneiras e dão origem a diferentes discussões” (LUCAS 1985, p. 5).

1.1- Democracia Representativa, segundo Norberto Bobbio

No campo conceitual/teórico e político, o filósofo Norberto Bobbio despontou como um dos pensadores políticos de grande influência, não apenas na Itália, mas suas teorias tiveram espaços e adeptos por toda parte, principalmente, nas sociedades onde o ideal democrático se instalou como regime preferencial. Em Bobbio, longe de ser a democracia representativa um problema, o regime democrático é considerado ideal e possível nas sociedades modernas.

Dessa maneira, ele afirmava que a democracia representativa é preferível e possível, dada a complexidade do mundo moderno. Defendendo ainda que as modernas sociedades apresentam-se de forma multifacetada, e de “pluralidade humana”, e que esse pluralismo é essencial para que se haja democracia, no sentido de espaço de participação e respeito pelos

“iguais” e/ou “diferentes”. É necessário o entendimento que, na concepção de N. Bobbio, as modernas sociedades se constituem enquanto universo de “pluralidades”.

Quanto à defesa do sistema de representação apontado na literatura de Bobbio, percebe-se ampla influência de John Stuart Mill, ao apresentar o governo representativo como sendo a melhor forma de governo. Desse modo, tanto o primeiro quanto o segundo consideram a democracia representativa como regime que torna possível a participação de todos os cidadãos no processo democrático. Bobbio ressalta sua opinião quando explica que, no sistema de representação, dada a complexidade das sociedades modernas, o ato de votar no seu representante contempla, de algum modo, a participação dos cidadãos nas tomadas de decisão, embora haja diversos elementos a serem postos em debate quanto à qualificação dessa participação. Adverte o autor ainda que nos dias atuais a democracia direta é completamente inviável, aos termos de Rousseau.

Nesse sentido, o argumento consiste que, numa grande comunidade, numericamente falando, fica inviável e praticamente impossível a participação de todos os indivíduos. Portanto, é consenso, na leitura de Bobbio e Mill, que a representação põe em pé de igualdade, isto é, através da representação, as opiniões dos cidadãos estarão, de certo modo, direta ou indiretamente sendo contempladas.

Assim sendo, em Bobbio, ressalta-se o ideal democrático no escopo de conciliação da democracia liberal/social, que se nutre por uma contínua troca. Na teoria bobbiana, percebe-se a democracia representativa com ideal democrático baseado no consentimento.

Diante do exposto, fazer alusão à democracia direta (referendum, plebiscito etc.) como solução para todos os entraves e eventuais dificuldades democráticas não é o melhor caminho, pois, em se tratando de insuficiência representativa, a democracia direta também tem suas limitações. Ou seja, “não existe, como crêem os defensores da democracia direta, um salto qualitativo, como se entre um e outra existisse um divisor de águas e como a paisagem mudasse completamente tão logo passássemos de uma margem à outra”. (BOBBIO, 2000, p. 64).

➤ **Representação e delegação aos sujeitos políticos**

Segundo Demo (1999, p. 47), “para que haja democracia representativa autêntica, o representante precisa literalmente, ser perseguido pelo representado, de tal sorte que o compromisso de sua delegação se torne o sentido primeiro e último de sua atuação política”,

ressaltando a questão primordial que é não só eleger o representante, mas também fiscalizá-lo, “vigia-lo”.

Em virtude dessas e outras questões que permeiam a representação, Jean Jacques Rousseau, autor do contrato social é, por sua vez, contrário à ideia da representação como forma ideal do governo. Para ele, a vontade geral é inalienável, indivisível e, portanto, não pode ser representada, sendo o povo o único soberano e a vontade geral do povo, uma expressão viva da soberania. Vale lembrar que, para ele, a vontade geral não é necessariamente vontade de todos. Rousseau distinguia *volonté générale*, isto é, “vontade geral” do termo “vontade de todos”, de modo que “a primeira expressa o interesse *comum* e não, como a segunda, a simples soma dos muitos interesses particulares ou privados” (COUTINHO 1996, p.123).

Desse modo, a percepção rousseauiana admitia a representação como uma forma complexa e de grande ambivalência. Além disso, acreditava o autor contratualista que os representantes têm em essência a propensão a se corromper, isto é, ao invés de buscar o interesse geral, ou seja, agir em nome dos representados, acabam agindo em nome de interesses e desejos próprios/particulares.

Rousseau, em seus escritos, aconselhava que os representados procurassem vigiar constantemente os seus representantes. Acreditava ser este um exercício necessário para que não se alienasse a esfera democrática. No entanto, nos ideais rousseauianos, reconhece-se que pode ser relativa a questão da participação política e que, somente em casos definidos por ele como especiais, esta será utilizada como apropriada.

Portanto, a opinião é contrária quanto à forma de representação no campo da soberania popular, não significa, portanto, que esteja totalmente descartada a utilização da representação. Contudo, o respaldo que se faz é que a fundamentação do pensamento do referido autor, implica a concepção de que os cidadãos são os detentores da autoridade soberana e, portanto, segundo Rousseau, participar das decisões está relacionado à questão de autogoverno.

Nestes termos, até aqueles autores que percebem uma insuficiência democrática na representação não deixam de perceber a necessidade desse regime em determinadas condições sociais - realçando a emblemática questão representativa - que ora estão consubstanciadas nos modelos democráticos das sociedades atuais. Estabelecem parâmetros para formação de uma democracia representativa e/ou uma democracia mais “ampliada”, mais “efetiva”. Teoricamente, tentar resolver essa questão é um processo que, no momento, seja talvez

incomensurável, em virtude das próprias limitações que determinados contextos históricos democráticos trazem, ou seja, não se sabe que condições e conjunturas sociais possibilitam maior apreensão da dinâmica dessas formas de governo.

Com isso, a defesa que se faz é que tão logo não depende apenas de uma escolha entre representação ou democracia direta, mas ambas terão de enfrentar dificuldades e desafios, visto que as modernas sociedades são complexas e dependem de um esforço contínuo para lidar com a pluralidade humana. Na compreensão de Bobbio, a “democracia representativa significa genericamente que as deliberações coletivas, isto é, as deliberações que dizem respeito à coletividade inteira são tomadas não diretamente por aqueles que dela fazem parte, mas por pessoas eleitas para esta finalidade” (BOBBIO, 2000, p. 56).

1.2- Estado e Sociedade Civil: Pontos convergentes e/ou divergentes na relação Estado-Cidadão.

- Até que ponto convergem e/ou divergem os interesses do Estado e os interesses do Cidadão?

Desde os contratualistas – Hobbes definiu a construção do Estado institucionalizado como algo positivo, visto que regularia e normatizaria as relações sociais, regras essas inexistentes antes no denominado “estado de natureza”. Dessa forma, que, sem precedentes históricos de “civilização”, a ideia hobbesiana de tal Estado se compreenderia no sentido de que no seu estado natural “o homem é o lobo do próprio homem”. O Estado Civil seria a exclusão do então “estado de natureza”, vindo para regular a violência e estabelecer a “proteção” da propriedade privada. Debate este que permeou, durante séculos, as sociedades ocidentais e estimulou o desenvolvimento de várias teorias, passando por inúmeros pensadores até o próprio Rousseau, autor do *Contrato Social*, que veio ampliar e apontar elementos importantes para as teses contratualistas de até então. Com isso, queremos apenas salutar sua implicação secular, ou seja, as convergências e divergências acerca do arcabouço teórico da relação Estado-Sociedade, nos permitindo um salto histórico, para então, de certa forma, sublinhar as conotações decorridas das “transformações” da democracia na esfera estatal, e enfatizar que estas, na sociedade contemporânea, têm sido bem mais amplas, podendo, também, inserir a compreensão de que esse processo está inferido como:

O processo de democratização, ou seja, o processo de expansão do poder ascendente está se estendendo da esfera das relações políticas, das relações nas quais o indivíduo é considerado em seu papel de cidadão, para a esfera das relações sociais, onde o indivíduo é considerado na variedade de seu

status e de seus papéis específicos, por exemplo, de pai e de filho, cônjuge, de empresário e trabalhador etc. (BOBBIO, 2000, p.67).

É sobre essa dinâmica de pensamento que configuramos a passagem anteriormente dita, de que não cabe absolutamente à instância de poder do Estado criar as demandas sociais, uma vez que seria ambíguo e contraditório conduzir determinadas proposições sistemáticas de governo nos moldes democráticos, sem as necessárias conformidades e envolvimento dos atores sociais.

Como é bem ressaltado: “A demanda de Estado não pode, portanto, ser considerada como uma variável exógena, autônoma. Ela é uma função da forma do social, de sua densidade, de sua textura” (ROSANVALLON, 1997, p. 87), elevando, assim, a emblemática questão das demandas sociais para além dos espaços políticos administrativos e de aparelhos do Estado.

Conforme ressaltou Bobbio, em sua obra *Estado, Governo e Sociedade*:

“A contraposição entre a sociedade civil e o Estado que alça vôo com o nascimento da sociedade burguesa é a consequência natural de uma diferenciação que ocorre nas coisas e, ao mesmo tempo, de uma consciente divisão de tarefas, cada vez mais necessária, entre os que ocupam da “riqueza das nações” e os que se ocupam das instituições políticas, entre a economia política num primeiro tempo, e a sociologia num segundo tempo, de um lado, e a ciência do Estado com todas as famílias de disciplinas afins, a *Polizei-wissenschaft*, a camarástica, a estatística no sentido originário do termo, a ciência da administração etc., de outro”. (BOBBIO, 2009, pg. 51).

A relação Estado-Sociedade civil, portanto, como se tem constatado há muito tempo, requer, portanto, equilíbrio de demandas. Com isso, não queremos, neste estudo, traçar perfil ou condicionar a uma postura puramente política ou ideológica, mas ressaltar a questão implícita em muitos debates e anseios sociológicos, ou seja, é comumente dito que Estado e indivíduos estão intimamente ligados, ou seja, são elementos que se apresentam indissociáveis. Uma relação que desencadeia um processo de reciprocidade e extrema correlação, isto é, sem demandas sociais.

O Estado não consolidará as tarefas que lhe são atribuídas enquanto ente organizador e regulador das políticas públicas e das relações sociais provindas de seu caráter institucional. Os indivíduos, por sua vez, conforme exprime a “evolução” histórica das sociedades, têm sua estrutura fundamentada no contrato social, que já fora ressaltado por diversos autores.

1.3- Habermas e o modelo Procedimental de Democracia:

- *Estado X Sociedade Civil e o modelo procedimental de democracia habermasiano. Uma nova alternativa democrática?*

Em sua obra *Direito e Democracia: Entre a facticidade e validade*, volume II. Cap. I., Habermas traz, para o campo do debate, as questões acerca do Estado e da sociedade civil, fazendo menção às ideias no campo do modelo liberal, da teoria do discurso e republicana.

Portanto, de forma mais descritiva, Habermas elenca alguns conceitos, para, então, discorrer acerca do assunto e do modelo de democracia em tais teorias. Ele explica que numa linha mais republicana, a sociedade é por si própria política, ou seja, “societas civilis, pois na prática de autodeterminação política dos sujeitos privados, a comunidade como que toma consciência de si mesma, produzindo efeitos sobre si mesma”. Acrescenta o autor: “isto ocorre através da vontade coletiva dos sujeitos privados. Isso faz com que a democracia seja sinônimo de auto-organização política da sociedade”. (HABERMAS, 2003, pg. 20).

A argumentação do autor é que, como resultado, tem-se “a compreensão de política dirigida polemicamente contra o aparelho do Estado”. Para fundamentar tal ideia, Habermas (2003, p. 20) aplica uma citação de Hannah Arendt:

A esfera pública política deve ser revitalizada contra o privatismo de uma população despolitizada e contra a legitimação através de partidos estatizados, para que uma cidadania regenerada possa (re) apropriar-se do poder burocratizado do Estado, imprimindo-lhe formas de uma auto-administração descentralizada. Isso pode transformar a sociedade numa totalidade política. (HABERMAS, 2003, p. 20).

Na visão liberal, porém, conforme assinala Habermas, “essa separação polêmica entre aparelho do Estado e sociedade, que aparentemente não pode ser eliminada, tem que ser superada pelo processo democrático”. (HABERMAS, 2003, p. 20).

Com isso, o autor traz questões que estão no seio do liberalismo. Primeiro se refere à liberdade individual, cuja compreensão por parte dos liberais é que esta possa ser garantida mais do que pelos mecanismos constitucionais. Também, cabe a questão das funções do governo e da limitação de seus poderes. Portanto, o que Habermas suscita acerca do processo democrático está ligado aos procedimentos a partir dos quais a democracia passa a caminhar numa direção de convergência, na esfera governamental, no sentido de salvaguardar os direitos fundamentais da pessoa, uma vez que, para a corrente do liberalismo, todo poder deve ser submetido a limites, até mesmo o da maioria. Para concluir, Habermas diz que:

O nervo do modelo liberal não consiste na autodeterminação democrática das pessoas que deliberam, e sim, na normatização constitucional e democrática de uma sociedade econômica, a qual deve garantir um bem comum apolítico, através da satisfação das expectativas de felicidade de pessoas privadas em condição de produzir. (HABERMAS, 2003, p. 20 e 21).

Dando prosseguimento e de forma descritiva, Habermas, ressalta que a “teoria do discurso, que atribui ao processo democrático maiores conotações normativas do que no modelo liberal, as quais, no entanto, são mais fracas do que as do modelo republicano, assume elementos de ambas as partes, compondo-os de modo novo”. (HABERMAS, 2003, p. 21).

Dentre outros pontos, Habermas ressalta que, na teoria do discurso, portanto, “o desabrochar da política deliberativa não depende de uma cidadania capaz de agir coletivamente e sim, da institucionalização dos correspondentes processos e pressupostos comunicacionais”. Depende também, “do jogo entre deliberações institucionalizadas e opiniões públicas que se formam de modo informal”. (HABERMAS, 2003, p. 21).

Quando examinada a relação tanto de uma, como de outra, isto é, assim como no modelo liberal, também, na teoria do discurso, as fronteiras entre “Estado” e “sociedade” são respeitadas em ambas as teorias, sendo que, na teoria do discurso, a sociedade civil, “tomada como base social de esferas públicas autônomas, distingue-se tanto do sistema econômico, como da administração pública”. (HABERMAS, 2003, p. 22).

Habermas argumenta ainda que, a partir de tal compreensão da democracia, resulta “a exigência normativa de um deslocamento de pesos nas relações entre dinheiro, poder administrativo e solidariedade, a partir das quais as sociedades modernas satisfazem suas necessidades de integração e de regulação”.

O autor fala de como nesse modelo as implicações normativas são evidentes, ressaltando a importância da força social e integradora da sociedade, que segundo ele não deve ser extraída apenas do agir comunicativo, mas operar a partir do leque de esferas públicas, conforme afirmação:

[...] a força social e integradora da sociedade, que não pode ser extraída apenas de fontes do agir comunicativo, deve desenvolver-se através de um amplo leque de esferas públicas autônomas e de processos de formação democrática da opinião e da vontade, institucionalizados através de uma constituição, e atingir os outros mecanismos da integração social- o dinheiro e o poder administrativo- através do médium do direito. (HABERMAS, 2003, p. 22).

Portanto, entende o autor que tal colocação nos leva à compreensão da legitimação e da soberania popular. Isso porque, segundo o filósofo, “na interpretação liberal, a formação democrática da vontade tem como função única a legitimação do exercício do poder político.” Assim, o filósofo acaba construindo um conceito de sociedade e indica que, na interpretação republicana, por sua vez, a formação democrática da vontade apresenta uma função bem mais significativa que é, segundo ele, “a de constituir a sociedade como uma comunidade política e manter viva, em cada eleição, a recordação desse ato fundador”. (HABERMAS, 2003, p. 22 e 23).

Por sua vez, a teoria do discurso põe em debate outra questão> Para tal corrente, “processos e pressupostos comunicativos da formação democrática da opinião e da vontade funcionam como a comporta mais importante para a racionalização discursiva das decisões de um governo e de uma administração vinculada ao direito e à lei”. Segundo o conceito habermasiano, aqui aplicado, racionalização significa mais do que mero processo de legitimação, no entanto, conforme adverte o autor, significa menos que a “constituição do poder”. Habermas, portanto, determina alguns conceitos como soberania do povo, citando o próprio Rousseau, que instaurou em sua teoria a ideia de soberania popular.

É importante observar, acerca do debate acima apresentado e da explanação de cada corrente teórica, em se tratando desses postulados por Habermas sobre o conteúdo político e democrático nas sociedades, que fazem brotar pontos que tornam perceptíveis toda a indigência histórica democrática e o seu desenvolvimento em termos de uma cultura política que se estruturam ou são reguladas, face ao conjunto de interações e relações que envolvem o processo do direito e da ação legítima e ordenada. Assim, de acordo com Habermas:

As comunicações políticas, filtradas deliberativamente, dependem das fontes do mundo da vida - de uma cultura política libertária e de uma socialização política esclarecida, especialmente das iniciativas de associações que formam opinião- as quais se formam e se regeneram quase sempre de modo espontâneo, dificultando as intervenções diretas do aparelho do Estado. (HABERMAS, 2002 p. 23)

Ainda acerca da compreensão procedimental da democracia e do conteúdo normativo do Estado democrático de direito, Habermas utiliza algumas posições do filósofo Norberto Bobbio, para apresentar questões acerca da sua teoria da democracia e argumentar acerca das regras do jogo democrático. A obra, citada por Habermas, é *O futuro da democracia*, de Bobbio.

Habermas ainda utilizou outros autores para descrever os exemplos da democracia procedimental, mas também assegurou que Bobbio é um autor que, por suas contestações céticas, tentou determinar, com muita precaução, as regras do jogo democrático.

Logo, Habermas, dentre outras colocações, define que “a chave desta concepção consiste precisamente no fato de que processo democrático institucionaliza discursos e negociações com o auxílio de formas de comunicação” e, continua Habermas, “as quais devem fundamentar a suposição da racionalidade para todos os resultados obtidos conforme o processo”. (HABERMAS, 2003, p. 27).

(CAPÍTULO 02) - ASPECTOS METODOLÓGICOS E CONCEITUAIS

“Entendemos por metodologia o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade”.

(Minayo, 2000 - O Desafio do Conhecimento: Pesq. Qualitativa em Saúde).

2.1- Explorando o campo de trabalho

Para Minayo (2000, p. 105), o termo “campo”, na pesquisa qualitativa, é entendido como o “recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto de investigação”. No campo da saúde, quando em análise de determinada temática, a autora adverte que cada tema corresponderá a um campo empírico determinado. Não se faz diferente, por exemplo, o estudo de Conselhos Municipais de Saúde, aqui abordados.

Portanto, a exploração do campo contempla várias atividades que, em relação a este trabalho, sobre desenho institucional e efetividade deliberativa no CMS/JP, serão especificadas nos itens que se seguem.

Delimitado o tema, é preciso esclarecer, contudo, que para a realização da pesquisa optou-se por uma abordagem de cunho quali-quantitativo. Isto é, a realização deste estudo se deu através da combinação de instrumentos metodológicos qualitativos e quantitativos, entendendo-se que esse é o método que melhor possibilita a testabilidade das hipóteses trabalhadas.

Assim sendo, dentro das abordagens, a opção foi pelo Estudo de Caso e a escolha se deu pelo fato de que esse “método supõe que se pode adquirir conhecimento do fenômeno adequadamente a partir da exploração intensa de um único caso.” (BECKER 1994, pg. 117).

Em termos gerais, nos estudos qualitativos, o trabalho de campo apresenta-se como uma etapa fundamental, sem a qual seria inviável o uso de tal percurso metodológico. Logo, a pesquisa de campo apresenta-se como uma das principais técnicas utilizadas para a elaboração e condução desse estudo, com o uso da observação participante, entrevistas semi-estruturadas, entre outros.

Sobre o enfoque quantitativo, Minayo (2000, pg. 102) explica que, nessa abordagem, “definida a população, busca-se um critério de representatividade numérica que possibilite a generalização dos conceitos teóricos que se quer testar”. De forma proposital, o trabalho traz

critérios tanto qualitativos como quantitativos, para melhor analisar e debater sobre a temática estudada.

Ainda sobre a perspectiva quantitativa, pode-se assegurar: “em princípio, pois, os métodos quantitativos – contrariamente ao que às vezes se afirma – têm grande flexibilidade”. Desse modo, “escolhendo um projeto de observação adequado, pode-se obter informações tão refinadas e tão complexas quanto se deseje”. (BOUDON 1989, p. 67).

Em relação à investigação quantitativa e a pesquisa qualitativa, cabe destacar, portanto, que “a mistura dos dois modelos potencializa o desenvolvimento do conhecimento, a construção de teorias e a resolução de problemas. Ambos são empíricos, porque coletam dados do fenômeno que estudam”. (SAMPIERI, COLLADO, LUCIO, 2006, pg. 15). Segundo entendem os autores, a “fusão”, o “casamento” de ambos os enfoques tem se tornado uma tendência cada vez maior, justificando-se pelo fato de que, dada a união ou integração desses métodos, obtém-se resultados satisfatórios. Assim, o estudo foi elaborado com duas vertentes: qualitativa e quantitativa, situação que será desenvolvida nos itens ‘Coleta de Dados e Tabulação dos Dados’.

2.2 - Local do Estudo

A pesquisa foi desenvolvida no Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa (CMS/JP-PB)., capital do Estado da Paraíba, fundada no ano de 1585. Sobre o Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa-PB discorrer-se-á detalhadamente nos itens seguintes.

2.3 - Coletas de Dados

A coleta de dados é uma fase da pesquisa onde se procura demonstrar, de forma mais detalhada, como foi conduzido o processo, para coletar os dados no estudo, isto é, cada procedimento, linha a linha, na perspectiva da análise final. Desse modo, pode-se enfatizar uma vez mais que “para coletar dados dispomos de uma grande variedade de instrumentos ou técnicas, tanto quantitativos como qualitativos, e em um mesmo estudo, podemos utilizar ambos os tipos”. (SAMPIERI, COLLADO, LUCIO, 2006, pg. 286).

Sob esta perspectiva, no primeiro momento, aplicou-se um enfoque e, em seguida, o outro, ou seja, em primeiro lugar. o estudo foi abordado quantitativamente e, a seguir, qualitativamente, para então ambas as fases do processo de pesquisa serem relatadas e os resultados, obtidos.

Portanto, os dados foram obtidos através das técnicas: (I) de documentação direta (pesquisa de campo), da qual faz parte a observação direta, com as técnicas da observação participante e a entrevista; (II) documentação indireta (abrangendo a pesquisa documental e bibliográfica).

Também foi utilizado o cruzamento de dados entre três elementos basilares no referido estudo: informações obtidas através das observações no CMS/JP, textos das Atas do CMS/JP e textos elaborados a partir das entrevistas com alguns dos Conselheiros Municipais de Saúde/JP-PB. Esta técnica é denominada por Denzin (1978) como triangulação. Por conseguinte, “a triangulação é complementar no sentido de sobrepor enfoques e em uma mesma pesquisa mesclar diferentes facetas do fenômeno no estudo”. Então, “tal união ou integração agrega profundidade a um estudo e, ainda que cheguem a surgir contradições entre os resultados de ambos os enfoques, agrega-se uma perspectiva mais completa do que estamos investigando”. (SAMPIERI, COLLADO, LUCIO, 2006, pg.12).

Sobre a técnica de triangulação, os autores mencionados acreditam que há uma crescente utilização da “união” e/ou “junção” dos métodos quanti-qualitativos, trazendo grandes avanços nos estudos científicos. Por estes e outros motivos, argumentam que é preciso buscar uma convergência, ou triangulação, ao se desenvolverem algumas pesquisas. O uso desta técnica no trabalho justifica-se, sobretudo, por ser apropriada ao referido estudo e melhor viabilizar as análises de processos estudados no CMS/JP, como indicado anteriormente.

O processo de coleta de dados ocorreu no período de agosto de 2009 até abril de 2010, com exceção da análise de textos das Atas CMS/JP, que compreendeu um período maior, dada a necessidade do conjunto de informações que subsidiaram o estudo sobre o “fechamento da Maternidade Santa Maria (MSM)”. As Atas CMS/JP pesquisadas referem-se ao período de 2006-2009, conforme descrito no item ‘Análise Documental das Atas’.

Assim sendo, as principais técnicas utilizadas no estudo do CMS/JP-P, foram:

a) Observação participante

A observação participante é um respeitável procedimento metodológico e sua importância reside no fato de que ela “consiste na participação real com a comunidade ou grupo. Ele se incorpora ao grupo, confunde-se com ele. Fica tão próximo quanto um membro do grupo que está estudando e participa das atividades normais destes”. (MARCONI e LAKATOS 2008, pg. 79).

Os atores observados foram os Conselheiros Municipais de Saúde/JP-PB. Pelas normas de seu Regimento Interno, o CMS/JP é constituído por 24 Conselheiros com os seus respectivos suplentes, totalizando um conjunto de 48 membros representantes dos mais diversos segmentos – no âmbito da saúde pública municipal - com “assentos” no referido colegiado.

As reuniões do Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa-PB foram observadas no período de agosto de 2009, estendendo-se até abril de 2010, perfazendo um total de oito reuniões, com intuito de obter-se informações sobre a dinâmica e funcionamento do CMS/JP; as condições físico-estruturais para a realização das reuniões; o comportamento dos conselheiros em plenário durante as reuniões, entre outras.

Nestes termos, o uso dessa técnica foi essencial para desenvolver determinadas análises e verificar algumas fases do processo de tomada de decisão, ajudando na formulação de indicadores que, posteriormente, foram utilizados e também subsidiaram a pesquisa, no tocante à abordagem do “fechamento da Maternidade Santa Maria” (MSM), situada no bairro de Mangabeira da capital paraibana.

Sobre o acesso às reuniões do CMS/JP e a presença em plenário do referido colegiado, não houve nenhuma restrição ao acompanhamento das reuniões.

b) Entrevistas semi-estruturadas

Trata-se de uma etapa fundamental e, pela sua importância, pode-se afirmar que “ao lado da observação participante, a entrevista – tomada no sentido mais amplo da comunicação verbal, e no sentido restrito de colheita de informações sobre determinado tema científico – é a técnica mais usada no processo de trabalho de campo.” (MINAYO 2000, pg. 107).

Para a realização das entrevistas, o primeiro passo foi definir a amostragem. Desse modo, no grupo de 48 Conselheiros Municipais de Saúde, foram selecionados 30 entrevistados. A escolha ocorreu de forma intencional e se deu entre titulares e suplentes, contemplando várias entidades, buscando abranger a representação dos diversos segmentos com representação no CMS/JP. Após uma apresentação prévia, seguida de uma interação entre a pesquisadora e os membros do grupo a serem entrevistados, ocorreu o agendamento das entrevistas, realizadas em diferentes lugares e de acordo com a disponibilidade de cada entrevistado. As entrevistas foram realizadas individualmente, com gravação de áudio e transcrição, nos ambientes de trabalho dos conselheiros, em suas moradias ou no espaço do próprio CMS/JP-PB.

É correto afirmar que, ao iniciar o estudo, foi informado aos participantes sobre o objetivo da entrevista e o seu uso, conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 2).

Foi-lhes assegurado o sigilo e o anonimato em relação às informações concedidas e facultado o direito de participação e/ou desistência em qualquer momento da pesquisa. Com o intuito de preservar a identidade dos entrevistados(as), foi indicado o termo “Entrevistado(a)”, com numeração sequencial das entrevistas em ordem crescente de (01 a 30).

Logo, do conjunto dos Conselheiros(as) selecionados para entrevistas, apenas um membro do CMS/JP se recusou a participar da pesquisa, sendo entrevistado outro(a) conselheiro(a) em seu lugar, para possibilitar o andamento dos trabalhos. O acesso às Atas, documentos e Regimento Interno, bem como às informações investigadas no referido colegiado, foi obtido sem maiores constrangimentos. Não houve, por parte de representantes do órgão, nenhuma situação que pudesse ser qualificada como elemento que impedisse o acesso ao material desejado para realização do presente estudo.

As entrevistas podem ser apresentadas no estudo em três momentos distintos: a gravação de áudio, a transcrição e análise de dados.

➤ **Gravação de áudio das entrevistas**

As gravações das entrevistas tiveram como objetivo descrever posteriormente a fala de cada entrevistado(a), procurando apresentar as informações concedidas por cada Conselheiro(a), e possibilitar a construção textual das falas sobre os diversos assuntos abordados. Vale salientar, a entrevista tem sido concebida nas Ciências Sociais como instrumento privilegiado de coleta de dados na investigação, justamente pela possibilidade da “fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos, sendo ela mesma um deles, e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir”, isto é, comunicar “através de um porta voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas”. (MINAYO 2000, p. 109 e 110).

A importância da gravação das entrevistas, entre outras funções, é o registro e armazenamento de dados para posteriores análises. Consiste, também, em possibilitar a descrição das falas de acordo com as próprias palavras do ator social, concedidas em sua declaração. Exerce, assim, importante papel no andamento da pesquisa, uma vez que as entrevistas têm como objetivo principal, “obter respostas sobre o tema, problema ou tópico de interesse nos termos, a linguagem e a perspectiva do entrevistado (‘em suas próprias palavras’).” (SAMPIERI, COLLADO, LUCIO, 2006, p. 381).

Ao concluir esta etapa, obtém-se importante material eminente para as etapas seguintes de transcrição e análise qualitativa dos dados.

➤ **Transcrição das entrevistas**

A entrevista “deve ser um diálogo e deixar que flua o ponto de vista, único e profundo, do entrevistado”. Inclusive, “o tom deve ser espontâneo, indutivo, cuidadoso e com certo ar de ‘curiosidade’ por parte do entrevistador”. (SAMPIERI, COLLADO, LUCIO, 2006, p. 283).

Por conseguinte, através da transcrição, são gerados textos escritos, ou seja, o ato de transcrever ocorre a partir de um processo que se inicia na escuta e prossegue com a “captura” das falas/depoimento, para transformação em textos que possibilitam a formulação de importantes indicadores e interpretações dos processos analisados posteriormente.

Valdete Boni e Sílvia J. Quaresma (2005, p. 77), relatando o assunto, fazem referências a Bourdieu e destacam que “uma transcrição de entrevista não é só aquele ato mecânico de passar para o papel o discurso gravado do informante, pois, de alguma forma, o pesquisador tem que apresentar os silêncios” e, sobretudo, “os gestos, os risos, a entonação de voz do informante durante a entrevista. Esses ‘sentimentos’ que não passam pela fita do gravador são muito importantes na hora da análise, eles mostram muita coisa do informante”.

De acordo com Alves-Mazzoti e Gewandsznajder (1999, p. 168), a entrevista é de natureza interativa e, por isso, “permite tratar de temas complexos, que dificilmente poderiam ser investigados adequadamente através de questionários, explorando-os em profundidade”. Assim sendo, esta fase se apresenta conforme observações e não apenas por capturas das falas/depoimentos. Antes, trata-se de uma leitura minuciosa. É preciso estar atento aos detalhes, fatos, eventos e interações dos atores sociais investigados.

➤ **Análise de dados nas entrevistas**

Para a análise dos dados qualitativos, o primeiro passo deve ser a revisão do material coletado, procedimento fundamental para as etapas seguintes do trabalho, devendo-se observar se os dados estão preparados de maneira adequada para análise. Enfim, que estejam organizados e classificados por um critério lógico (temas, atores relevantes etc.) (SAMPIERI, COLLADO, LUCIO, 2006, p. 492).

Nessa perspectiva, o estudo do CMS/JP ocorreu de maneira estruturada sob as orientações teóricas acima estabelecidas. Para tanto, foram utilizadas algumas estratégias na obtenção de dados, ou seja, os relatos em “off” (comentários/depoimentos dos entrevistados após ser desligado o gravador) foram levados em consideração, buscando-se a identificação

de vários pontos e contornos relativos à representatividade e efetividade deliberativa nesse colegiado. Igualmente, foram utilizados, para a análise, vários elementos gerados através das entrevistas, entendendo-se que estes foram, sem dúvida, essenciais para a obtenção de resultados da pesquisa, uma vez que “a entrevista como fonte de informação fornece dados secundários e primários [...]”. (MINAYO 2000, p. 108).

De todo modo, sob o enfoque mencionado, essas ferramentas viabilizam maiores entendimentos e esclarecimentos metodológicos sobre o tema abordado.

❖ **Análise Documental das Atas**

É importante ressaltar que foi dada grande ênfase aos dados coletados nas atas do CMS/JP. Desse modo, a análise documental constitui-se no estudo como uma das fontes fundamentais, apresentando dados que possibilitaram as análises referentes ao estudo de caso do fechamento da Maternidade Santa Maria (MSM). O recorte temporal compreende o período de 2006-2009, sobretudo para avaliarmos de que forma o tema foi pautado na plenária do CMS/JP e como transcorreram o debate e as deliberações.

Em primeiro lugar, optou-se por investigar, através da leitura das atas, a frequência do assunto em pauta: o fechamento da Maternidade Santa Maria (MSM). Depois de identificado o assunto nas atas, foram intensificadas as leituras desses documentos, observando o andamento das discussões sobre o tema no CMS/JP-PB.

Foram lidas 09 atas referentes ao ano de 2007, quando inicialmente aparece em pauta o tema “Mortalidade Materna e Neo-Natal na Maternidade Santa Maria”. Em relação a 2008, constam 18 atas, sendo 10 de Reuniões Ordinárias e 08 de Reuniões Extraordinárias. No tocante a 2009, encontramos 12 atas, das quais 02 são referentes às Reuniões Extraordinárias, conforme estabelecido no calendário de reuniões do CMS/JP, a ser apresentado posteriormente na pesquisa. Do conjunto dessas 39 atas, foram selecionadas 07, correspondendo ao período estabelecido. Elas tratam do assunto de forma específica, a saber: Atas Ord. 102^a, de outubro de 2007; 110^a, de julho de 2008; 112^a, de setembro de 2008; 113^a, de outubro de 2008; Ata Extraordinária 111^a, de junho de 2008; Atas Ord. 119^a, de maio de 2009; e 123^a, de setembro de 2009.

Sob o enfoque quantitativo da análise das Atas, foram empregados alguns procedimentos. Por exemplo, para a elaboração de tabelas e obtenção dos dados referentes ao quórum nas reuniões do CMS/JP, foram utilizadas técnicas de estatística básica para

descrição, abordando, no estudo, as medidas de tendência central Média e Mediana, conforme apontado com maior ênfase no item “Tabulação de dados”, na página 92.

2.4- Diário de campo/protocolo de Observação

A este respeito, compartilhamos o ponto de vista de Marconi e Lakatos (2008), para quem a observação “é uma técnica de coleta de dados para conseguir informações e utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade”. (MARCONI E LAKATOS 2008, p. 76). Sob este ponto de vista, a observação não consiste somente em ver e ouvir, mas em examinar profundamente os fatos ou fenômenos que se deseja estudar.

O objetivo desse procedimento foi, portanto, extrair elementos acerca do CMS/JP e do comportamento dos Conselheiros de Saúde em plenária, observando-se a dinâmica dos debates, a interação dos diversos atores, discursos e conflitos que, à primeira vista, não são identificados, mas, após o uso dessa técnica, são passíveis de reconhecimento. Neste sentido, “a investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos”. (MINAYO 2000, p. 101).

Acerca do tema, José J. Filho (2006, p. 126), afirma que

A análise qualitativa de situações sociais complexas requer a observação direta de um dado contexto social pelo pesquisador, efetuada intensivamente durante certo período de tempo, no qual o pesquisador interage face a face com os atores sociais, observando suas ações e os inquirindo sobre elas. (José J. Filho, 2006, p. 126) AJUSTAR CITAÇÃO

Portanto, sobre o uso dessa ferramenta, argumenta-se que, durante ou logo após o uso de técnicas como a entrevista e a observação direta, convém anotar as nossas impressões sobre o assunto, ou seja, anotar comentários e observações. Dito de outro modo, “no final de cada jornada de trabalho, é necessário preencher um registro ou diário, onde colocamos nossas anotações, reflexões, ponto de vista, conclusões preliminares, hipóteses iniciais, dúvidas e incertezas”. (SAMPIERI, COLLADO, LUCIO, 2006, p. 383).

Segundo Minayo (2000, p. 100), “toda a observação deve ser registrada num instrumento que convencionamos chamar de Diário de Campo. Desse caderno constam todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais”. Em síntese, é preciso registrar observações sobre conversas informais, comportamentos, gestos, expressões que digam respeito à temática investigada.

2.5- Pesquisa bibliográfica

A pesquisa documental consistiu em outra ferramenta importante de coleta de dados para a pesquisa acerca do Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa-PB. A leitura aprofundada de livros, revistas e também artigos científicos impressos e online (SciELO), além de relatos de pesquisa em periódicos sobre os Conselhos de Saúde e sua trajetória no Brasil, por exemplo, apresentaram-se como geradores de reflexão para as experiências cotidianas no CMS/JP, ajudando-nos a elencar e abordar conflitos e demandas nas arenas políticas/institucionais do estudo em questão. Conforme explica Cozby (2003, p. 35), “à medida que você se familiariza com a literatura de pesquisa sobre um assunto, poderá identificar inconsistência nos resultados que precisam ser investigados ou desejar estudar explicações alternativas para os resultados”.

Com relação ainda à análise documental, verificou-se o Regimento Interno do CMS/JP, o Decreto de Lei de criação e demais documentos referentes a esse colegiado, bem como o Plano Municipal de Saúde de João Pessoa-PB referente ao período 2006-2009, com objetivo de verificar, nesse período, os recursos e enfoques relatados sobre a Maternidade Santa Maria.

➤ 2.6- Tabulação dos dados quantitativamente:

Para fins de estudo com enfoque quantitativo, foram elaboradas tabelas, com o objetivo de obter, entre outros, dados relacionados à questão do quórum nas reuniões do CMS/JP, isto é, relacionadas à presença/ausência de Conselheiros representantes das entidades/segmentos no referido colegiado.

O procedimento deu-se da seguinte forma: a partir de cada Ata referente aos anos de 2008 e 2009, houve a tabulação da participação numérica por segmento em cada reunião do CMS/JP, levando-se em consideração a presença de, pelo menos, um Conselheiro titular e/ou suplente por segmento/entidade. Para tanto, foram apanhados os calendários de reuniões referentes a 2008 e 2009, seguidas das respectivas Atas do CMS/JP-PB. No processo manual, com preparação da própria autora do estudo, obteve-se, a partir de cada Ata, a elaboração de tabelas, apresentadas no item Participação social e democracia: os conselhos e a gestão participativa na saúde (ver página 63).

Os dados foram tabulados a partir do uso de medidas de tendência central média e mediana, cujo objetivo consiste em analisar, em média, a participação numérica da

representação por segmento nas reuniões do CMS/JP-PB, em 2008 e 2009, respectivamente. Também, através da mediana, encontramos o percentual participativo em termos de quórum pelos referidos segmentos desse colegiado.

Para melhores esclarecimentos, foi empregado na pesquisa o seguinte conceito de medidas de tendência central: “são pontos em uma distribuição, os seus valores médios ou centrais, e nos ajudam a localizá-la dentro da escala de medição”. (SAMPIERI, COLLADO, LUCIO, 2006, p. 422).

O uso dessas duas medidas no estudo se dá necessariamente pelo fato de os dados extraídos das Atas do CMS/JP-PB indicarem valores bastante distintos, por parte da representação de alguns segmentos, o que afeta a média quando em análise; ou seja, a média pode ser afetada quando existe a presença de valores que oscilam de forma excepcional, sendo estes descritos com maior exatidão através do uso da mediana.

Sobre o assunto, Mário F. Triola (2008, p. 62) explicam que “o valor da média pode ser drasticamente afetado pela presença de um outlier, mas a mediana já não é tão sensível a um outlier”. O autor menciona conceitualmente o *outlier* como um valor bem afastado de quase todos os demais valores, o que reafirma a viabilidade do uso da mediana na ampliação das análises para a validação do estudo.

Conceitualmente, essas medidas podem ser definidas da seguinte forma:

- **Média aritmética** de um conjunto de valores, chamada simplesmente média: “é a medida de centro encontrada pela adição dos valores e divisão do total pelo número de valores”. (TRIOLA, 2008, p. 63).
- **Mediana:** “é o valor que divide a distribuição pela metade, isto é, a metade dos casos fica abaixo da mediana e a outra metade se localiza acima da mediana”. Portanto, “a mediana reflete posição intermediária da distribuição”. (SAMPIERI, COLLADO, LUCIO, 2006, p. 423).

Uma vez mais, vale enfatizarmos, sobre o uso dessas ferramentas, que “uma desvantagem da média é que ela é sensível a qualquer valor, de modo que um valor excepcional pode afetar drasticamente a média. A mediana supera grandemente esta desvantagem”. (TRIOLA, 2008, p. 64).

Os dados mencionados estão apresentados nos seguintes quadros: (03) – média e mediana da participação relativa nas reuniões ordinárias do CMS/JP 2008 (ver página 90); (quadro 04) – média e mediana da participação relativa nas reuniões extraordinárias do CMS/JP 2008 (ver página 93); (quadro 07) – média e mediana da participação relativa nas

reuniões ordinárias do CMS/JP 2009 (ver página 101); (quadro 08) – média e mediana da participação relativa nas reuniões extraordinárias do CMS/JP 2009 (ver página 104). Além de estarem presentes no corpo do texto, os dados podem ser encontrados, para melhor esclarecimento, no tópico ‘Tabelas’ deste trabalho.

(CAPÍTULO 03) - O CENÁRIO, OS ATORES E SEUS ASPECTOS INSTITUCIONAIS: “PROBLEMATIZANDO OS CONSELHOS DE SAÚDE”.

“A democracia é mais um processo do que uma idéia”.

(Alain Touraine, 1996 - *O que é a democracia?*)

3.1 Representações política e legitimidade democrática: a diversificação dos interesses na área de saúde

Quanto mais nos aprofundarmos no campo de estudo da saúde - nas interfaces biológicas, políticas, sociais, entre outras - maiores serão as possibilidades de entendimento do imenso movimento da vida e dos indivíduos em sociedade. Podemos também constatar que todos esses processos e fluxos da história humana não são definições estáticas, tampouco previsíveis. A própria representação na esfera da saúde apresenta-se como um campo minado de interpretações, conflitos e interesses que, por sua vez, podem ser coletivos e/ou individuais.

Nesse sentido, e considerando ainda determinados aspectos institucionais, entende-se que, segundo aponta o processo de descentralização e municipalização, a partir do Sistema Único de Saúde (SUS), foram ampliados vários direitos participativos aos cidadãos em âmbito da saúde pública. Direitos políticos, civis e sociais estabelecidos constitucionalmente, alargando assim o leque de ações que envolvem a gestão municipal em todo o território nacional.

Vale salientar que todos os direitos acima estabelecidos estão fundamentados pelo conjunto de regras democráticas que implicam também direitos resguardados pela própria legislação brasileira: “Saúde direito de todos e dever do Estado” (Art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988).

Assim sendo, a participação em saúde é fruto de um processo constituinte, bem como de um espaço democrático de negociação constante, com lutas, debates e enfrentamentos. Isto se reflete em ambientes institucionais instituídos e/ou ampliados a partir do processo de democratização brasileira, introduzindo, de certa forma, o acesso à “agenda pública” e maior interação da sociedade civil com as esferas governamentais, através de instrumentos participativos, a exemplo dos Conselhos e Conferências de Saúde.

De todo modo,

Esse processo de democratização, que se inicia com as lutas contra a ditadura militar e se estende aos nossos dias, sem previsão quanto ao seu término, não é linear, mas deve ser entendido [sobretudo] como desigual no seu ritmo, nos seus efeitos sobre as diferentes áreas da vida social e política,

combinando avanços, estagnação e até mesmo retrocessos, [afinal] esse entendimento permite dar conta da complexa dinâmica que apresenta a construção da democracia como um processo multifacetado que resulta da disputa entre distintos projetos políticos que, no interior da sociedade civil [e] (...) dos diversos níveis do aparato estatal, confrontam distintas concepções sobre a própria natureza e os limites desse processo. (DAGNINO, 2002, p. 9).

Sob esse ponto de vista, a criação do SUS apresenta-se como resultado de uma luta histórica da saúde brasileira, que incorporou grandes demandas do movimento sanitário e teve que superar obstáculos desde a sua formulação, pois reafirmava princípios ligados a movimentos de repolitização da saúde dentro de um ambiente de forte restrição e centralização, impostas pelo então regime militar.

O SUS é, portanto,

Fruto de uma bem-sucedida ação política de longo prazo que teve sua base ideológica do movimento sanitário, que foi implementada por um longo arco de atores sociais localizados nos poderes executivo e legislativo (...) [e também] nas universidades, nos movimentos sindicais, nas organizações de saúde e em vários movimentos sociais.” (CONASS, 2007, p. 47).

Por fim, sobre a construção do SUS e a concepção do movimento sanitário, como fator que desequilibrou as correlações de forças a favor do SUS, Gastão Wagner de S. Campos, explica que “o movimento sanitário brasileiro organizou-se a partir de setores da classe média. Poderia ser considerado como um movimento que gerou uma ‘intelligentsia’, conforme a definiam alguns analistas do começo do século XX”. (CAMPOS, 2006, p. 139). De acordo com o autor, tal afirmação é justificada porque o movimento sanitário, em suma, estabeleceu uma interpretação dos problemas sanitários e gerou propostas para superá-los que ganharam grande influência, muito além das expectativas.

Finalmente, a literatura acima indicada, assim como vários estudos e debates acerca do tema conduzidos por Gilson Carvalho (2008), Elizabeth Barros (1994), Maria Inês S. Bravo (2007), Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (2007), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS (2001), Sarah Escorel (1998), entre outros, indicam que a construção do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) desabrochou a partir de interesses de vários segmentos da sociedade que continham em si o desejo e a necessidade de profundas transformações na saúde. Desse modo, no que diz respeito à expansão do SUS e de interesses dos setores politizados da classe média brasileira, Campos (2006, p.140), afirma que:

a criação de um sistema de espaços de gestão participativa – Conselhos e conferências de saúde - contribuiu para cimentar e consolidar esta relação

entre correntes politizadas de profissionais da saúde com setores da sociedade civil especificamente, interessados no desenvolvimento do SUS.

Ao discorrer sobre o assunto, o autor acima citado explica que as alianças entre os setores de saúde, acadêmicos e demais militantes, tiveram, durante certo tempo, algumas vitórias no sentido de lutas e debates para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde no Brasil, mesmo levando em conta as correlações de forças existentes na sociedade brasileira. Dito de outra forma, “durante algum tempo, o ímpeto do movimento sanitário, o acúmulo de efeitos de demonstrações favoráveis ao sistema e a simpatia de setores organizados da opinião pública conseguiu atenuar a apropriação privada”, conseguindo também “atenuar a partidarização e o clientelismo característico do estado brasileiro”. (CAMPOS, 2006, p. 40).

❖ **Algumas das principais Leis¹ e Atos Normativos que estruturam o SUS:**

Diante do que foi relatado anteriormente acerca do Sistema Único de Saúde (SUS) e para efeito de melhor entendimento do atual sistema de saúde brasileiro, é de grande relevância para o estudo destacar algumas das principais Leis e Atos Normativos estruturantes do SUS, com ênfase naqueles que tratam de aspectos como participação e controle social, entre outros, conforme exposto a seguir:

- α) As Normas Operacionais Básicas da era INAMPS;
- β) A extinção do INAMPS;
- χ) A Norma Operacional Básica de 1993;
- δ) O repasse fundo a fundo;
- ε) A Norma Operacional Básica de 1996;
- φ) As Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e de 2002.

¹ As principais Leis e Atos Normativos que estruturam o SUS, que são destacadas pelo o CONASS (2007, pg.34), são apresentados na seguinte ordem: (I) As normas operacionais básicas da era Inamps; (II) A extinção do Inamps; (III) A Norma Operacional Básica de 1993; (IV) O repasse fundo a fundo; (V) O Sistema Nacional de Auditoria; (VI) A Norma Operacional Básica de 1996; (VII) A Emenda Constitucional n.29 de 2000; (VIII)- As normas operacionais de assistência à saúde (NOAS) de 2001 e de 2002. No contexto desse trabalho, foram destacadas partes das Leis e Atos estruturantes do SUS, utilizando principalmente aqueles que tratam dos colegiados e outros fins, já que o objetivo é melhor ilustrar as ideias sobre a legislação do SUS e do arcabouço institucional e legal dos Conselhos Municipais de Saúde, conforme indicado no estudo.

❖ As Normas Operacionais Básicas da era INAMPS

Segundo relato do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, “a partir das definições estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 e das Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, o processo de implantação do Sistema Único de Saúde foi efetivamente iniciado”, sendo orientado “inicialmente pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) do SUS, instituídas por meio de portarias, inicialmente de Inamps e depois do Ministério da Saúde” (CONASS, 2007, p. 35).

A primeira Norma Operacional Básica (NOB/1991) foi “editada pela presidência do INAMPS (Resolução nº 258 de 7 de janeiro de 1991) e reeditada com alterações pela Resolução nº 273 de 17 de janeiro de 1991”. (Idem).

É importante ressaltar que a NOB/1991 “foi escrita segundo a cultura prevalecente naquela assistência médica e, portanto, tinha forte conotação centralista”. Abaixo, estão descritas suas principais características, segundo o CONASS (2007, p. 35):

- Equipara prestadores públicos e privados. Trata, portanto, as secretarias estaduais e municipais apenas como prestadores;
- O INAMPS continua como único gestor, de fato;
- Nos Estados, a função de gestão² ainda é muito incipiente. Continuam essencialmente como prestadores;
- Início da municipalização com as transferências de Unidades Básicas estaduais e até mesmo federais para a gerência³ dos municípios, somando-se àquelas já existentes, sem, entretanto, constituírem-se em redes;
- Os municípios mantêm-se de unidades e, portanto, como prestadores;
- Estados e municípios, como gerentes de serviços, aliam-se aos demais prestadores para negociarem com o INAMPS (único gestor), questões de interesse comum, como valores de tabelas;

² Gestão - a atividade e responsabilidade de comandar um sistema de Saúde (municipal, estadual ou nacional), exercendo para isso funções tais como as de coordenação, articulação, negociação, controle, avaliação e auditoria. O conceito de Gestão utilizado apresenta-se descrito conforme explicitação do (CONASS, 2007, p.34).

³Gerência – administração de uma unidade (simples ou complexa) ou de um órgão de Saúde que se caracterizam como prestadores de serviço. Exemplos: ambulatório, hospital, hemocentro, centro de referência, instituto. O conceito de Gerência utilizado apresenta-se descrito conforme explicitação do (CONASS 2007, pg.34).

- Para operacionalizar o repasse fundo a fundo, cria a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), valor unitário, que, multiplicado pela população, definia o teto financeiro anual a ser transferido.

Posteriormente, foi criada a Norma Operacional Básica, NOB/1992, “ainda editada pelo INAMPS, por meio de portaria da secretaria de Assistência à Saúde/MS, nº 234 de 7 de fevereiro de 1992 como resultado de consenso entre o MS, CONASS e CONASEMS”. Os objetivos eram “normatizar a assistência à Saúde no SUS; estimular a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do sistema; e dar forma concreta e fornecer instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da Saúde”. (CONASS, 2007, p. 36).

Contudo, a NOB/1992, ainda “mantém o INAMPS como o órgão responsável pelo repasse dos recursos financeiros aos Estados e municípios, dando continuidade às linhas gerais definidas na NOB-1991”. (CONASS, 2007, p. 36).

❖ A extinção do INAMPS

Refletindo sobre os princípios do SUS e como este foi ampliando seus adeptos, pode-se perceber que, enquanto Sistema de Saúde brasileiro, apresentou-se como um novo modelo, pondo fim ao molde hegemônico até então instituído. “O SUS pôs fim, em pouco tempo, a essa figura iníqua dos indigentes sanitários, promovendo a integração do INAMPS ao sistema público único de Saúde”. (CONASS, 2007, p. 37). É a Lei nº 8.689 de 27 de julho de 1993, “que dispõe sobre a extinção Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)”. (Idem).

Portanto, o SUS não seria apenas um sucessor do INAMPS. Em seus princípios, ele rompeu “com a trajetória de formação do Estado brasileiro assentada na centralização e com uma concepção de cidadania que vinculava os direitos sociais à inserção no mercado de trabalho, à cidadania regulada.” (Idem) De fato, “com a extinção do INAMPS, o Ministério da Saúde torna-se a única autoridade sanitária no nível federal, as SES no âmbito estadual e as SMS no âmbito municipal, alcançando-se assim a direção única” (Idem). Esta direção única ocorre “em cada esfera de governo (ou comumente chamada de ‘comando único’), propugnada na constituição de 1988”. (Idem).

Desse modo, o texto abaixo descrito na Lei nº 8.689 de 27 de Julho de 1993, em seu **Art. 1º**, Parágrafo único, assegura que:

As funções, competências, atividades e atribuições do Inamps serão absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do Sistema Único de Saúde, de acordo com as respectivas competências, critérios e demais disposições das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Assim, fica extinto,

Por força do disposto no Art. 198 da Constituição Federal e nas Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), autarquia federal criada pela Lei nº 6.439, de 1º de dezembro de 1977, vinculada ao Ministério da Saúde”. (LEI nº 8.689, de 27 de julho de 1993 **Art. 1º**).

❖ **A Norma Operacional Básica de 1993:**

A NOB/2003 foi editada por meio da Portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993.

(...) [É ela] a primeira exclusivamente do Ministério da Saúde, [que] formalizou os princípios aprovados na IX Conferência Nacional de Saúde, institucionalizou as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite instituindo, portanto, um sistema decisório compartilhado pelas diferentes instâncias federativas, ademais de impulsionar a municipalização. (CONASS, 2007, p. 37).

Seguem adiante outras características da NOB de 1993, conforme descritas pelo (CONASS, 2007, p. 37):

- Desencadeia processo de municipalização da gestão com habilitação dos municípios nas condições de gestão criadas (incipiente, parcial e semiplena);
- Cria transferência regular e automática fundo a fundo do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena;
- Habilita municípios como gestores, criando a terceira instância do SUS;
- Apresenta frágil definição do papel dos Estados, que, entretanto, também passam a assumir seu papel de gestores do sistema estadual de Saúde.

Assim sendo, o CONASS (2007, p. 38), indica como principais resultados:

- Avanços na municipalização da gestão, com o êxito da gestão semiplena; e
- Superposição de responsabilidades, com falta de visibilidade sobre qual era a autoridade responsável por determinada ação.

❖ O repasse “fundo a fundo”

É considerado “um dos mais importantes instrumentos de gestão do SUS – o que regulamenta o repasse automático fundo a fundo – e o que distingue dos demais sistemas públicos (educação, segurança, etc.)”. Foi criado através do Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, sob a gestão do Presidente da República Itamar Franco e do Ministro Henrique Santilo. O Decreto “dispõe sobre as condições e forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais, municipais e do Distrito Federal e dá outras providências”. (CONASS, 2007, p. 38).

A sua relevância é tanta que, “sem este instrumento de repasse automático fundo a fundo, seria impossível a implementação do SUS com uma parceria entre iguais das três esferas de governo, somente com os mecanismos então disponíveis”. (Idem) Em síntese,

Depois das leis que o criaram, este decreto foi o ato normativo mais importante para a operacionalização do SUS. Este modelo de transferência intergovernamental de recursos financeiros confere agilidade necessária ao sistema e caracteriza-se [portanto] por uma solução peculiar do setor Saúde. (CONASS, 2007, p. 38).

Com base no exposto, pode-se considerar que o conjunto de ações e processos para afirmação do SUS obteve seus resultados de caráter prático a partir de Leis e Atos Normativos, que desempenham grande importância para que o SUS seja gerado na prática do cotidiano de forma constitucional e universal.

❖ A Norma Operacional Básica de 1996

Através da Portaria GM/MS nº 2203, de 05 de novembro de 2006, cria-se a Norma Operacional Básica do SUS – NOB-1996 – “um dos principais instrumentos estruturantes do SUS, consolidou a política de municipalização estabelecendo o pleno exercício do poder municipal na função de gestor da Saúde”. (CONASS, 2007, p. 39). Por conseguinte, “essa norma operacional instituiu a gestão plena do sistema municipal e a gestão plena da atenção básica e redefiniu as responsabilidades da União e dos Estados”. (Idem)

Seguem abaixo algumas das características da NOB/1996, segundo descrito pelo CONASS (2007, p. 39):

- Definir as responsabilidades, prerrogativas e requisitos das condições de gestão;
- Caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor, explicitando um novo pacto federativo para a Saúde;

- Estabelecer vínculo entre o cidadão e o SUS, conferindo visibilidade quanto autoridade responsável pela sua Saúde: o gestor municipal (diretamente ou garantindo a referência);
- Reorganizar o modelo assistencial, descentralizando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica de Saúde;
- Fortalecer a função gestora das Secretarias Estaduais de Saúde, com (re)definições de responsabilidade para coordenação do SUS, em âmbito estadual;
- Redefinir as funções do Ministério da Saúde, como gestor nacional do SUS, com maior integração entre seus órgãos e instituições e descentralização de responsabilidades;
- Promover a reorganização do modelo de atenção, adotando-se como estratégia principal a ampliação de cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (**PACS**), e criação de um incentivo financeiro de acordo com a população efetivamente coberta;
- Aprimorar a organização e operação dos Sistemas de Controle, Avaliação e Auditoria, integrando as ações dos municípios com as dos estados e MS.

❖ **As Normas Operacionais da Assistência à Saúde - NOAS de 2001 e de 2002**

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2001) foi criada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001, “que instituiu os Planos Diretores de Regionalização e de Investimentos e introduziu a idéia de redes de assistência”. (CONASS, 2007, p. 43).

A NOAS-2001, com ênfase em seu **art. 1º**, certifica a aprovação, na forma dos Anexos I, II, III, IV e V desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/2001 –,

(...) Que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. (Portaria GM/MS nº 95- NOAS/SUS 1/2001).

Já a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2002) foi instituída pela Portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, como

(...) Resultado dos encaminhamentos estabelecidos na Reunião da CIT de 22 de novembro de 2001. Nessa data foi firmado um acordo entre o CONASS e o Conasems contemplando propostas relativas ao comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e o fortalecimento da

gestão dos estados sobre as referências intermunicipais notadamente no que diz respeito à explicitação e mecanismos de acompanhamento à explicitação e mecanismos de acompanhamento dos recursos federais referentes ao atendimento da população referenciada. (CONASS, 2007, p.43).

Considerando a relevância de determinados aspectos para a condução desse trabalho, tais Leis e Atos Normativos estão no campo da prática para esclarecer, em seus aspectos processuais e institucionais, como o SUS tem incorporado aspectos como participação e controle social, conforme determina a legislação, pelo menos no campo normativo. Esses aspectos são basilares, porém compreendidos como “molas mestras” para um espaço mais amplo e de construção democrática no âmbito da saúde pública. Nas páginas seguintes, serão melhor ilustrados a história e o desenvolvimento dos Conselhos de Saúde, órgãos colegiados e deliberativos de caráter permanente, parte integrante do SUS e embasados na legislação brasileira e, conseqüentemente, objeto de vários estudos.

3.2- Conselhos de Saúde, instâncias colegiadas e deliberativas presentes nas três esferas de Governo

Por definição, o Conselho de saúde “é um colegiado de natureza deliberativa e permanentemente do Sistema Único de Saúde – SUS, atuando em cada esfera de Governo”, isto é, “em esfera Federal, Estadual e Municipal, portanto, parte integrante do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, bem como do Distrito Federal e dos Municípios”. Sua composição, organização e competências estão fixadas na Lei nº 8.142/90. (Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003- Brasília – DF. 2009).

O legado histórico dos Conselhos de Saúde vem de longa data, isto é, toda a sua trajetória é marcada pela organização e crescimento dos movimentos sociais. Além disso, nas décadas de 70 e 80, começa surgir, no cenário brasileiro, grande esforço das diversas camadas sociais para a conquista de espaços e de controle social, ampliando a luta pelo que pode ser denominada como participação popular institucionalizada, cuja aspiração se dá pela necessidade de nova estrutura social, de ordem democrática, onde haja espaços de debates, negociações e instrumentos participativos que permitam a presença de novos atores sociais, em âmbito da governabilidade e da fiscalização dos bens públicos. Vale lembrar, “a Sociedade organizada se potencializa finalmente na década de 80, após a ditadura militar, e

gera a Constituição Cidadã, depois de grande pressão sobre o Estado brasileiro [especialmente] na Assembléia Nacional Constituinte”. (SANTOS, 2000, p. 16).

No início da década de 90, foram criados os Conselhos Municipais de Saúde, sob o ponto de vista da participação social na gestão pública. Estes representaram uma continuidade e, ao mesmo tempo, uma institucionalização, no que se refere à gestão pública municipal. Desse modo, a criação desses colegiados, além de ser uma determinação legal para envio de repasse de recursos financeiros diretos do Ministério da Saúde aos fundos municipais de saúde - o que é comumente denominado de processo fundo a fundo - também foi fruto da mobilização e luta popular pela maior transparência na condução dos trabalhos da gestão pública na esfera da Saúde municipal.

Por conseguinte, a participação da sociedade na formulação e gestão das políticas públicas de saúde, na esfera municipal, começa a ser legitimada institucionalmente, ou seja, “nos anos 90 do século XX, o poder local passou a ser visto, de um lado, como sede político-administrativa do governo municipal e, mais especificamente, de suas sedes urbanas – as cidades”; por outro, foi visto “como dinamizador das mudanças sociais por meio das novas formas de participação e organização popular”. (GOHN, 2004, p. 63).

Assim sendo, a criação de fóruns participatórios em esferas municipais, a participação e organização popular, as transformações na conjuntura política, econômica, entre outros, marcaram o cenário brasileiro e bem definiram contornos para disputar espaços mediante a cultura elitista e clientelista do então Estado brasileiro. Discorrendo sobre o assunto, Gohn (2004, p. 63) afirma que:

O poder local foi redefinido como sinônimo de força social organizada, enquanto forma de participação da população, na direção do que tem se denominado *empowerment* ou ‘empoderamento’ da comunidade, isto é, a capacidade de gerar processos de desenvolvimento auto-sustentável, com a mediação de agentes externos – novos educadores, principalmente das ONGs do terceiro setor.

Sob esta perspectiva, os Conselhos de Saúde constituem uma inovação essencial, no que se refere ao espaço de formulação e implementação das políticas públicas de saúde na esfera municipal. Contudo, não são as únicas formas de participação popular existentes. Também é necessário analisar alguns de seus aspectos, sua estrutura física, dinâmica de funcionamento, enfim, o seu desenho institucional, para que seja observado se, na prática do cotidiano, os Conselhos exercem funções de espaços fomentadores da participação e do controle social.

Tratando-se de Conselhos em geral, Cruz (2000, p. 75), adverte: “por mais que tenha sido defendido que os Conselhos sejam instrumentos de participação, de compromisso popular, percebe-se que muitos foram criados apenas para cumprir uma exigência legal e em função do recebimento de recursos”. Conclui, afirmando: “há uma vinculação direta entre a data de criação dos Conselhos e a promulgação das leis estaduais e federais que normatizam o repasse de verbas para municípios.” (Idem)

Na opinião de Sílvia Caccia Bava (2000), os Conselhos devem ser concebidos como instrumentos da sociedade civil, isto é, devem ser vistos como meio de interação entre a sociedade civil e a gestão pública. O autor explica ainda que, para que haja representação social nesses órgãos participativos, deve existir uma atuação “efetiva” da representação da sociedade civil organizada, pois não cabe apenas aos representantes dos segmentos agirem de forma isolada, é necessário o exercício da capacidade de articulação das bases. Não basta conferir aos seus representantes a obrigação de reivindicações e atos geradores de mudanças.

Os Conselhos, em geral, são instrumentos e não um fim em si mesmos. Nas palavras de Bava (2000, p. 69), “o Conselho é um instrumento. Ele não é em si virtuoso. Ele se torna virtuoso se ele for um espaço de poder, de decisão”. Por sua vez, “este espaço de decisão é construído pela capacidade efetiva da atuação da representação popular da coletividade. Se esta representação ficar quieta este espaço se esvazia. [...]”. (Idem) Por fim, “é necessário que haja por trás deste representante um movimento organizado, uma associação, uma confederação, uma articulação social que dê peso político à sua participação”. (Idem).

Em se tratando da composição dos Conselhos de Saúde, estes órgãos apresentam características basilares para atuarem junto ao poder público. Entre várias características, vale destacar o pluralismo e o princípio de paridade no interior destes colegiados. Sobre o pluralismo, esta “é a primeira característica exigida em lei. Ele é fundamental na experiência praticada nos últimos nove anos e comprovou ser a grande razão, o grande motivo da força do Conselho de Saúde”. (SANTOS, 2000, p. 17).

O respaldo aqui estabelecido refere-se ao fato de que, nos conselhos de Saúde, são expressivos os números de entidades que os constituem. Representantes da sociedade civil organizada, bem como os demais segmentos com “assento” garantido nos Conselhos de Saúde, podem usufruir desses espaços para ampliar sua participação e envolvimento nas proposições e deliberações das políticas públicas de saúde, propondo e fiscalizando políticas de saúde que contemplem de forma mais significativa os interesses do coletivo.

Desse modo, falar de Conselho de Saúde, enquanto Conselho pluralista, significa remeter-se a um dos aspectos de caráter prático, em termos de democracia participativa. Segundo entende Tatagiba (2002, p. 62),

Heterogeneidade na composição, respeito à diferença e capacidade de construir adesões em torno de projetos específicos parecem ser condições necessárias tanto para dotar de eficácia as ações dos Conselhos (...) [como também] (...) para ampliar seu potencial democratizante.

Para Santos (2000, p.16), “nos anos 90, os Conselhos de Saúde dão este salto qualitativo, e, por lei, são pluralistas. Na composição dos Conselhos de Saúde de todos os níveis há representantes eleitos por cada um dos principais segmentos da sociedade”. Contudo, é necessário certo equilíbrio do pluralismo, desempenho de tarefas em sintonia, um colegiado plural e bem atuante. Dito por outro modo,

quando, por motivos diversos, o equilíbrio do pluralismo começa a perder força e algum segmento começa a predominar sobre os outros, sejam usuários, profissionais de saúde, sejam os prestadores de serviços privados ou o próprio governo, o Conselho se enfraquece. Além disso, suas decisões começam perder o poder de pressão para implantar um sistema de saúde que atenda os interesses da população. (SANTOS, 2000, p. 17).

Quanto ao critério de paridade, este também segue-se por meio de determinação legal. Conforme indica Tatagiba (2002, p. 51), “a lei de criação dos conselhos de saúde os distingue dos demais conselhos por prever a representação paritária dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos”. Isso significa que “o número de representantes dos usuários deve ser igual à soma dos demais” (Idem).

Portanto, pelo princípio paritário dos Conselhos de Saúde, a representação no âmbito dos usuários corresponde a 50% e, aos demais segmentos representantes do governo, de trabalhadores da saúde e dos prestadores de serviço, referem-se equivalentemente aos restantes 50%. Assim sendo, a metade dos componentes dos Conselhos, obrigatoriamente, é de entidades que representam os usuários do sistema de saúde. O princípio de paridade nesses colegiados é estabelecido “para garantir a presença quantitativa da população mais excluída em qualquer tipo de participação, pois os usuários que dependem do sistema público são mais de 80% da população”. (SANTOS, 2000, p. 17).

Ao abordar a questão dos Conselhos como espaços de representação paritária e plural, Tatagiba (2002, p. 59) julga correta a seguinte suposição:

A obrigatoriedade legal da paridade como princípio de equivalência entre Estado e sociedade nos Conselhos, embora absolutamente fundamental, não é, contudo, suficiente para garantir a equivalência real: esta envolve a contínua disputa pela hegemonia no interior dos Conselhos. A paridade, portanto, parece intrinsecamente relacionada não apenas ao reconhecimento da legitimidade da representação do ‘outro’, mas também à capacidade de estabelecer com ele acordos contingentes em torno de demandas específicas.

Desse modo, tarefa difícil incide na apreciação legal desses aparatos institucionais enquanto fomentadores da participação popular nos processos deliberativos, já que, sob o aspecto paritário, duas questões fundamentais nos são introduzidas, conforme exposto a seguir:

A primeira está relacionada ao fato de os Conselhos de Saúde poderem ser concebidos como uma grande conquista no espaço da saúde pública, na medida em que neles ocorre a disputa de diferentes interesses para a melhoria da saúde no município, através da representação dos vários segmentos.

A segunda faz referência ao fato de que não se pode deixar de observar que, muitas vezes, a questão numérica e as dificuldades dessas representações populares apresentam-se numa dimensão incomensurável, isto é, a discussão no âmbito da plenária se faz segundo articulações, envolvendo diversos interesses políticos e sociais na área da saúde pública. Além disso, emergem, em meio a certos códigos e conhecimentos de cunho técnico operacional do SUS, o que significa que, entre outras razões, os representantes de alguns segmentos com “assento” nos Conselhos de Saúde devem possuir, de um lado, o conhecimento das Leis e Atos Normativos do SUS, e, de outro, o reconhecimento da pluralidade de interesses e das demandas que se formam na área da saúde pública municipal. Vale ressaltar a importância ao acesso de informações de forma privilegiada que alguns segmentos possam ter e, através dessas informações, deterem maior capacidade de articulação no interior desses colegiados.

Portanto, é correto afirmar que não deve existir dentro dos Conselhos nenhum tipo abstenção dos Conselheiros em relação ao exercício da participação, mas estes devem procurar garantir melhorias nos serviços de saúde prestados à população. Também se deve procurar garantir a democratização em todas as suas ações, desde as proposições até os encaminhamentos de pautas e deliberações, seguindo numa máxima expressão democrática por todos os segmentos representados no Conselho. Este parece ser um dos principais desafios, antigo e atual no arcabouço institucional desses colegiados.

Em se tratando do caráter deliberativo dos Conselhos, incluindo os de Saúde, Cunha (2007) afirma que “a função deliberativa dos Conselhos implica que essas instituições

produzam decisões sobre as políticas públicas das quais tratam, decisões antecedidas por debates públicos entre os participantes das reuniões” (p. 147). Argumenta ainda a autora que “o tipo de decisões tomadas, portanto, em muito contribui para verificar o grau de efetividade dos Conselhos, uma vez que pode indicar o quanto eles exercem influência na produção da política e no controle público sobre as ações do Estado”. (Idem).

3.3 - Conselhos de Saúde e o “problema” da descentralização das políticas públicas de saúde municipal

O debate sobre o processo de democratização e a criação dos Conselhos Municipais de Saúde ressaltam a prática do exercício da gestão pública democrática. Isso revela que, a partir dos moldes da descentralização, pode-se articular melhor a ação coletiva e gerar mudanças nas arenas políticas e sociais, não mais centrada em determinados grupos ou na figura soberana estatal, de modo que, no cenário global e local, as proposições e tomadas de decisão sejam partilhadas com maior interação entre a sociedade civil e o Estado, indicando maior fiscalização e transparência na condução dos “bens públicos”.

No caso brasileiro, a descentralização foi impulsionada a partir da promulgação da Carta Magna de 1988, e, a partir de então, ocorreu uma progressiva transferência de responsabilidades para as esferas governamentais em âmbitos estaduais e municipais. Portanto, os conselhos de Saúde são incluídos pela legislação brasileira como parte do próprio processo de gestão descentralizada. (GONZAGA, 2008, p. 17).

De acordo com Lima (2003, p. 222), “a descentralização tem sido um dos maiores consensos no âmbito das políticas públicas, inclusive entre os diferentes movimentos de reforma do Estado e da administração pública”. Segundo argumenta o autor acima citado, a descentralização tem sido difundida tanto pelos movimentos mais conservadores, quanto pelos progressistas, embora seja ressaltado que variam as percepções e os objetivos de cada movimento acerca do tema.

Sobre o processo de descentralização e criação desses colegiados na área da saúde, é importante notar que, “na atual conjuntura brasileira, considera-se fundamental envolver os diversos sujeitos sociais preocupados com a Política Pública de Saúde no fortalecimento do Projeto da Reforma Sanitária” (BRAVO, 2007, p. 49), defendendo, assim, “a ampliação dos direitos sociais e as conquistas obtidas na Constituição de 1988. Nesse processo, é fundamental a efetiva participação da sociedade civil, sendo os Conselhos mecanismos

importantes dessa resistência, bem como as Conferências de Saúde, os quais são concebidos como espaços de tensão entre interesses contraditórios na luta por melhores condições de vida”. (Idem)

De modo conceitual, a descentralização pode ser concebida, segundo Uga (1991, p. 97), como

um processo de distribuição do poder que pressupõe, por um lado, a distribuição dos espaços de exercício de poder - ou dos objetivos de decisão -, isto é, das atribuições inerentes a cada esfera do governo e, por outro, a redistribuição dos meios para exercitar o poder, ou seja, os recursos humanos, financeiros e físicos. (UGA, 1991, p. 97).

Por conseguinte, os Conselhos de Saúde são atualmente, mesmo que de forma normativa, constituintes e constitutivos desse novo modelo de gestão democrática, instituído através do Sistema Único de Saúde (SUS). A participação deve ser em instância máxima lançada para a melhoria na qualidade dos serviços de saúde e de melhores condições de vida para toda a população. Em termos mais gerais, “o princípio da participação social se associa fortemente ao de descentralização pelo fato da aproximação territorial entre usuários e gestores”. (COSTA; NORONHA, 2003, p. 359). Em síntese, a descentralização é concebida “como um deslocamento de espaços de poder para instâncias subnacionais tornando-se, para os setores organizados da sociedade, a participação em uma dimensão fundamental do processo”. (Idem)

De todo modo, o processo de descentralização, no âmbito da saúde pública, impulsionou a sociedade a lutar pela melhoria do atendimento, por abertura de espaços de participação popular, de forma que esta participação significaria a construção da crítica às políticas de oposição ao sistema de saúde até então dominante. Todos esses aspectos procuravam demonstrar como a criação de um sistema de espaços de gestão participativa, como os Conselhos de Saúde, poderia exercer influência política, de forma a contribuir para a efetiva participação popular, com a gestão democrática na saúde, sendo, portanto, requisitos do próprio SUS a participação da comunidade e o controle social.

Portanto, os Conselhos Municipais de Saúde pressupõem uma participação compreendida como ação de cidadania, na qual, através de critérios de representatividade e legitimidade, buscam melhorias dos serviços de saúde prestados aos usuários do SUS na esfera municipal. (GONZAGA, 2008).

❖ Sobre o processo de Municipalização e os Conselhos de Saúde

Segundo o CONASS (2007),

A Municipalização deve ser entendida apenas pelo cumprimento aos critérios estabelecidos na Lei 8.142/90, para repasse, de forma regular e automática dos recursos financeiros federais para cobertura de ações e serviços de saúde serem implementados pelos municípios. Ela deve ser entendida principalmente pela nova responsabilidade do município de administrar as ações e serviços de Saúde em sua área de abrangência, [ou seja,] planejando, decidindo e gerindo os recursos humanos, materiais e financeiros. É o estabelecimento do comando único do SUS na esfera municipal. (p. 119).

Assim sendo, conforme indica a NOB-SUS-1992 (ver Anexo I), são exigidos alguns requisitos básicos para que os municípios recebam recursos de forma regular e automática, conforme estabelece a Lei 8.142/90. Entre essas condições, os municípios devem contar com o Fundo Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e o Plano Municipal de Saúde.

- O Fundo Municipal de Saúde, segundo a NOB-SUS-1992 (CONASS 2007, p. 120), é definido como:

De natureza contábil e financeira que deve ser previamente autorizado pelo poder legislativo, gerido pela Secretaria Municipal de Saúde ou órgão equivalente e fiscalizado pelo Conselho Municipal de Saúde. Caso o Projeto de Lei para a sua criação esteja comprovadamente em tramitação, a conta especial será considerada para fins do repasse em caráter provisório.

Para Tatagiba (2002, p. 96), “a obrigatoriedade legal da existência dos fundos nacionais, estaduais e municipais relaciona-se à estratégia de descentralização inaugurada com a constituição de 1988”. Desse modo, “a tentativa era não apenas alavancar o processo de descentralização financeira, mas instituir mecanismos publicizadores na aplicação do dinheiro público, uma vez que cabe aos a administração dos fundos”.

- Como dito anteriormente, os Conselhos de Saúde apresentam-se nas três esferas; Federal, que se refere ao Conselho Nacional de Saúde; os Conselhos Estaduais de Saúde; e os Conselhos Municipais de Saúde. “O Conselho Municipal de Saúde, portanto, é a instância local de formulação de estratégias e de controle de execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” (CONASEMS, 1991, p. 10).

Os Conselhos Municipais de Saúde “devem ter caráter deliberativo com composição paritária de representantes do governo, prestadores de serviço e profissionais de saúde (50%)

e usuários (50%)”. (CONASS, 2007, p. 120). Também, “cabe aos Conselhos a aprovação dos Planos Municipais de Saúde, bem como atuar na formação de estratégia de controle da execução da política de saúde”. (Idem).

- Já o Plano Municipal de Saúde, “aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e homologado pelo prefeito, será base das atividades e programação da Secretaria Municipal de Saúde e seu financiamento será previsto na proposta orçamentária da Secretaria”. (Idem). Dessa forma, “é vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos Planos de Saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.” Lei 8.080/90, artigo 30, parágrafo segundo. (Idem).

❖ **Gestão municipal democrática: descentralização e participação popular em nível local**

De acordo com Silvio Caccia Bava (1995), grandes mudanças têm sido destaque do cenário brasileiro, desde as menos visíveis - tecidas a partir do cotidiano, como as práticas de movimentos sociais e de lutas por moradia - até mesmo as transformações no âmbito da política e do modo de gestão governamental. Enfim, são inúmeras as mudanças e, no sentido mais específico do termo, rupturas.

Sob essa ótica e a partir da reflexão de novos atores coletivos em espaços mais diversos da sociedade, pode-se afirmar que “no Brasil esse coletivo de muitas vozes teve e tem um papel fundamental no processo de redemocratização do país”. (BAVA, 1995, p. 163). Também, “por forças de inúmeras revoltas e movimentos sociais foram sendo construídos novos direitos, alargada a nossa noção de democracia”. (Idem)

Nas palavras de Bava, “os governos municipais se configuram como um dos campos de disputa atravessados pela presença destes novos atores coletivos que fazem parte do que chamo campo político popular e democrático”. (Ibid, p. 164).

A abordagem do autor reflete sobre alguns dilemas na gestão municipal democrática, que, por sua vez, referem-se à ideia de relativa autonomia e impasses nos governos municipais. Por conseguinte, “os dilemas da gestão municipal democrática se apresentam como expressão dos conflitos de interesses que permeiam o exercício do governo”. (Idem)

De todo modo, questões principais são direcionadas à ideia do processo decisório e da participação popular em tomadas de decisão governamental. Ressalta-se ainda sobre o processo de descentralização provocado pela Constituição de 1988, que ampliou as competências dos municípios, por exemplo, o caso da municipalização da gestão da saúde,

com ressalvas de que tais mudanças de ordem democrática buscaram ampliar os recursos nas mãos do governo municipal. Contudo essas transformações não são suficientes para gerar forte autonomia frente às instâncias de governo superior, isto é, “a descentralização, no entanto, mesmo sendo um elemento importante no processo de fortalecimento dos governos locais, não garante a democratização das relações do Estado com a sociedade civil”. (BAVA, 1995, p. 175).

A compreensão sobre o processo de descentralização acima estabelecido está associada ao fato de que, na América Latina, foram observados exemplos “em que ocorreu uma descentralização operativa no campo das políticas públicas que não foi acompanhada de uma descentralização decisória, ou seja, uma democratização do poder local” (Idem). De fato, há uma distinção entre o processo de descentralização das tomadas de decisão em arenas governamentais e apenas a desconcentração operacional das políticas públicas.

Para Ribeiro (1995, p. 118), “o princípio da descentralização da decisão tem um importante papel no ideário da reforma urbana, pois ele responde à dupla necessidade política e técnica, [ou seja], “democratiza as decisões e aumenta a eficiência das políticas urbanas”.

Assim sendo, a descentralização “deveria ser também buscada na organização da máquina administrativa das prefeituras, de maneira a aproximar mais ainda a decisão da população”. (RIBEIRO, 1995, p. 118).

Portanto, o tema da participação na gestão pública, mencionado pelo autor, representa aspiração de um novo modelo democrático, fundado “no exercício de uma cidadania que ultrapasse os limites dos atos de votar e ser votado. Nessa perspectiva, a noção de participação ganha um conteúdo substantivo e essencial”. (RIBEIRO 1995, p. 123). Sobre o assunto, cabe destacar que “a Constituição de 1988 ampliou o conceito de cidadania ao instituir a dupla *participação e representação*”. (Idem)

Com relação à Gestão Democrática da cidade e tomando a noção de Conselhos, inclusive na área de saúde, Ribeiro (1995), indica os mesmos como instrumentos fundamentais na instauração da gestão democrática da cidade. Para ele, “como instrumentos de gestão democrática, no projeto de reforma urbana os Conselhos deveriam ter função deliberativa e composição paritária entre os segmentos do governo e a sociedade”. (RIBEIRO, 1995, p. 128).

3.4 - Os Conselhos de Saúde e a consolidação de um modelo de Democracia Deliberativa

Assim como existem tipos distintos de governos, também se apresentam diferentes modelos democráticos, com conceitos diversos. Não obstante,

A democracia não é somente um conjunto de garantias institucionais, ou seja, uma liberdade negativa. É a luta de sujeitos, impregnados de sua cultura e liberdade, contra a lógica dominadora dos sistemas; segundo a expressão lançada por Robert Fraise, ela é a política do sujeito. (TOURAINÉ 1996, p. 24).

No decorrer do estudo, três modelos democráticos estiveram fortemente identificados: a democracia representativa, a democracia participativa e a democracia deliberativa. Esses modelos trazem elementos importantes e ampliam o debate sobre o tema, desenvolvendo possibilidades de conhecimento do arcabouço teórico conceitual e institucional que ora permeiam as principais questões da governabilidade no âmbito da saúde pública, bem como resgatam a temática de conselhos de saúde enquanto fóruns de debate e interação da gestão pública democrática com o cidadão. Neste tópico, será enfatizada a reflexão sobre o modelo de democracia deliberativa, haja vista atualmente o caráter deliberativo dos Conselhos de Saúde, considerados como importante conquista legal para o fortalecimento desses colegiados que, por sua vez, não são apenas consultivos ou de opinião.

Santos (2000) afirma que o reconhecimento de seu caráter deliberativo não basta para que os Conselhos de Saúde efetivamente atuem no processo de tomadas de decisão, uma vez que, ainda é necessário muita luta para que essas deliberações ocorram no dia-a-dia. Sob o ponto de vista do autor, há um enfraquecimento, no que se refere à atuação desses colegiados e, sejam quais forem os motivos, o maior problema é que a prerrogativa de controle de execução de políticas públicas não tem sido concretizada pelos Conselhos. Nas palavras do autor, “vem sendo pouco cumprida à obrigação, que está na lei, de formular estratégias, de concorrer com os gestores, dar mais luz, diretrizes, caminhos mais confiáveis de como gastar o dinheiro público”. (SANTOS, 2000, p. 18).

Sob o argumento da ampliação de debates, articulação entre os representantes de cada segmento e, principalmente, no que se refere à constante luta nesses canais de participação por melhorias na saúde pública, Santos explica que, mesmo o caráter deliberativo sendo conquista legal, “o Conselho se enfraquece quando os segmentos presentes não se articulam e não produzem uma proposta comum para negociar com o Estado ou com as elites da sociedade brasileira”. (p. 18) Afirma ainda que “sua deliberação vai para uma gaveta ou para uma publicação oficial qualquer e não será implementada”. (Idem). Enfim, o entendimento

que se segue parte da ideia de que as deliberações nesses órgãos só ganham força de ato do Estado à medida que é garantida a capacidade de interlocução entre os segmentos que os compõem.

Com relação à homologação das deliberações dos Conselhos de Saúde, estas se tornam ato de governo quando homologadas pelo Secretário e publicadas em Diário Oficial. Contudo, o respaldo aqui estabelecido se refere ao fato de que “há uma tendência cada vez maior das deliberações do Conselho serem homologadas, mas a maior parte delas não é bem negociada, não consegue articular o pluralismo dentro do Conselho”. (SANTOS, 2000, p. 18).

❖ **Participação e Deliberação, importantes elementos de “desempenho institucional” dos Conselhos de Saúde.**

Como havia ressaltado em estudo anterior, a questão da participação pode desenvolver vários significados junto ao processo democrático, como certo fluxo de poder entre os setores sociais quando se referem ao âmbito das relações entre Estado e sociedade. O CMS/JP, por ser um “arranjo institucional”, de participação plural, está susceptível aos conflitos de interesses nos mais diversos sentidos. Contudo, a ressalva aqui se faz no sentido desses canais de participação, enquanto espaços abertos à participação popular, longe de ser fator que dificulte o direcionamento das políticas de saúde, procuram a viabilização dos recursos para a melhoria da saúde pública em benefício do coletivo. (GONZAGA, 2008, p. 46).

Para Nogueira (2005, p. 129), “a rigor, ainda que nem toda participação seja imediatamente política, não há participação que não se oriente por algum tipo de relação com o poder – tanto com o poder de outros atores, quanto com o de determinados centros organizacionais e decisórios”. Dentre as questões que essas experiências suscitam, a democracia participativa, por sua vez, “demanda um tipo de participação dos indivíduos e grupos sociais em termos qualitativos e não apenas quantitativos”. (GOHN, 2004, p. 61)

É importante destacarmos que a capacitação dos Conselheiros de Saúde é elemento fundamental para o exercício da participação social e política. Diz-se ainda que um dos grandes desafios para a participação da sociedade civil nos Conselhos reside justamente na capacitação dos Conselheiros. Portanto, “em todos os eventos, em todas as atividades, em todas as reuniões, qualquer que seja a atividade que envolva a participação no Conselho, a capacitação dos conselheiros é o grande desafio”. (BARBOSA, 2000, p.51).

Para Gohn (2004, p. 67),

a escolha dos representantes dos conselheiros advindos da sociedade civil – e sua qualificação em termos de capacitação para que atuem em pé de igualdade com os representantes da sociedade política – é condição *sine qua non* para a construção da nova cultura política cidadã.

Discorrendo sobre o assunto, Santos (2000, p. 19) menciona a importância da capacitação em termos de conhecimento das condições locais da saúde pública. “Os Conselheiros de todos os segmentos, mesmo aqueles com baixo grau de instrução, podem e devem capacitar-se e apropriar-se dos principais métodos de avaliação ou, de análise sobre o que é o ‘Estado de Saúde’ da população”. Ele explica que, para haver reivindicação, proposição ou fiscalização de políticas públicas, o conselheiro precisa ter conhecimento das demandas sociais, bem como receber conhecimento sobre as diretrizes do SUS e demais informações básicas. Em síntese, a abordagem indica que, através do exercício da participação, das reuniões mensais, da articulação entre os segmentos que compõem os Conselhos de Saúde, os Conselheiros ampliam os seus conhecimentos e fortalecem a luta pelo controle social.

Assim sendo, sobre a participação da sociedade civil e demais segmentos nesses colegiados, vale enfatizar uma vez mais que “os Conselhos não são um fim em si mesmos, eles são instrumento de participação e conquista na definição de políticas públicas”. (BONFIM, 2000, p. 65). Portanto, o desafio maior está em fortalecer identidades coletivas e ampliar os espaços de negociação dos múltiplos interesses que estão em disputa no interior desses espaços, tencionando a descentralização, representação e publicização das tomadas de decisão na perspectiva do governo democrático.

(CAPÍTULO 04) - PARTICIPAÇÃO SOCIAL E DEMOCRACIA: OS CONSELHOS E A GESTÃO PARTICIPATIVA NA SAÚDE

“Dizemos que participação é conquista para significar um processo, no sentido legítimo do termo: infindável, em constante vir-a-ser, sempre se fazendo”.

(Pedro Demo, 1999 – Participação é conquista).

4.1- Caracterizando o Município de João Pessoa-PB

O Município de João Pessoa, fundado no ano de 1585, é capital do Estado da Paraíba. Desde sua fundação, apresenta uma vasta área verde com um litoral privilegiado, possuindo cerca de 30 quilômetros de praias. É também considerada a terceira cidade mais antiga do Brasil, onde se registra um dos marcos geográficos mais importantes do país, o Ponto Extremo Oriental das Américas. João Pessoa, a cidade que nasceu às margens do Rio Sanhauá, é, portanto, o ponto mais próximo do continente africano.

No que se refere aos aspectos Geográficos, segundo o Censo (2010), o município possui uma área de 211,474 km². A população é de 723.515 habitantes, sendo predominantemente urbana: 720.785 na zona urbana e 2.730 habitantes na zona rural. (Fonte: IBGE, Resultados do Censo 2010).

O município tem, como principais bases econômicas, a indústria e o comércio, porém a pesca também é atividade de destaque na economia pessoense, além da extração de caju e coco. É importante ressaltarmos que o turismo, de igual forma, é gerador de renda em virtude de reservas naturais e atividades artísticas presentes na capital. (Plano Municipal de Saúde, período/2006-2009, p. 09).

A Secretaria Municipal de Saúde apresenta-se ligada diretamente à prefeitura dessa capital, tendo por responsabilidade a gestão plena do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito municipal, de modo que, além de atuar na promoção de serviços de saúde oferecidos no município, cabe também a este órgão a formulação e a implantação de políticas, programas e projetos que se proponham a promover uma saúde de qualidade para a população que utiliza o SUS.

Desse modo, a cidade de João Pessoa tem seu território demarcado sob a forma de Distritos Sanitários (DS), com o intuito de organizar a rede de cuidado progressivo do

sistema, assim como a garantia de que a população terá acesso aos serviços básicos, aos serviços especializados e também à assistência hospitalar (GONZAGA, 2008, p. 33).

4.2- O Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa-PB: contexto histórico

A Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, *Capítulo IV- Da competência e das atribuições*, em seu art. 15, inciso I, estabelece como atribuição comum à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios “a definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde” (CONASEMS 1991, p. 13). Cabe aos Municípios, através de Lei Orgânica da Saúde, contemplar os mecanismos Conferências e Conselhos de Saúde, “assegurando uma uniformidade de princípios desejáveis à implantação do SUS”. (Idem)

O Conselho Municipal de Saúde, embasado pela Lei federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, é a instância local com atribuição de formulação de estratégias e controle da execução de políticas públicas de saúde, até mesmo nos aspectos econômicos e financeiros. Portanto, os Conselhos Municipais de Saúde são órgãos colegiados de caráter deliberativo e permanente do SUS, compostos por representantes dos usuários, representantes do governo, prestadores de serviços e trabalhadores de saúde. Os Conselhos têm uma composição paritária, de forma que a representação, no âmbito dos usuários corresponde a 50%. Os demais segmentos, representantes do governo, de trabalhadores da saúde e dos prestadores de serviço, ocupam os 50% restantes dos assentos.

Nesse sentido, teoricamente os Conselhos Municipais de saúde podem ser concebidos como uma grande conquista no espaço da saúde pública, na medida em que neles convivem diferentes interesses em disputa para melhoria da saúde no município, através da representação de segmentos/entidades e instituições. Estes canais de participação constituem, igualmente, uma inovação essencial no que se refere ao espaço de formulação e implementação das políticas públicas de saúde na esfera municipal. (GONZAGA, 2008, p. 21).

Portanto, a Lei nº 8.142 “significou um incentivo muito grande para a representação da sociedade civil, pois regulamentou de fato a participação da comunidade na gestão do SUS e, principalmente, nos Conselhos de saúde (...) [nos níveis] municipal, estadual e nacional”. (BARBOSA, 2000, p. 50). Assim sendo, a criação do Conselho Municipal de Saúde, na esfera política institucional no âmbito da saúde pública, teoricamente é considerada como

elemento que modifica profundamente a forma de organização e gestão da saúde nos municípios.

Contudo, é necessário esclarecer, mesmo diante das responsabilidades do controle social, que os Conselhos de Saúde não assumem função de gestão, isto é, aquelas funções que são próprias do executivo, legislativo e judiciário continuam sendo responsabilidades das respectivas instituições de cada esfera de governo. Portanto,

a participação social nos conselhos de saúde não significa que eles devam assumir função de gestão – mas que devem ser capazes de apontar se os planos, programas e orçamentos, conduzem aos objetivos expressos pelas conferências, (...) se caminham na direção proposta e, se isto não ocorrer, apontar o fato e indicar alternativas. (CONASS, 2009, p.35).

Enfim, o conselho se trata de um espaço constante da “explicitação dos conflitos de interesses, da negociação e da busca de acordos que permitam avanços na direção desejada”. (Idem) Os Conselhos não governam, porém, procuram estabelecer parâmetros de interesse público para o governo, demandando maior democratização das informações e transparência quanto ao uso de recursos e demais ações desenvolvidas pelos governos (CARVALHO, 1997, BRAVO; MATOS, 2007).

De acordo com Costa e Noronha (2003), nos últimos anos, as experiências decorrentes da atuação dos Conselhos têm demonstrado que estes organismos aglutinam forças emergentes da sociedade, surgindo, assim, como elementos de inovação no cenário das políticas públicas de saúde no Brasil. Assim, os Conselhos “são, por si só, questionadores da velha estrutura institucional, tecnocrática, centralizadora, autoritária e normativa, própria da tradição do Estado brasileiro”. (COSTA; NORONHA, 2003, p. 361).

Dessa perspectiva, os Conselhos de Saúde caracterizam-se como influentes dispositivos de mudança no interior da estrutura organizacional da saúde e no que se refere ao modelo de gestão pública de saúde. Essas mudanças, por sua vez, estão direcionadas à modalidade de gestão participativa seguindo o desejo das forças mobilizadas e atuantes da sociedade civil organizada. Vale destacar que, embora os conselhos não possam ser considerados isentos de elementos conservadores, vai depender da gestão pública democrática a ampliação e atuação desses órgãos para efetivamente as mudanças no modo de gestão das políticas de saúde se estabelecerem em cada esfera de governo.

❖ HISTÓRIA DO CMS/JP

O Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa foi criado inicialmente através de decreto nº. 1.770, em janeiro de 1989. Em seguida, teve modificada sua legislação pelos decretos nº. 1.810, de 12 de julho de 1989, e 2.522, de 13 de setembro do ano 1993, para, terem os conselheiros o mandato com duração de um ano, podendo ser reconduzidos por igual período apenas uma vez. O inciso II, por sua vez, trata da forma da escolha desses representantes e define que os conselheiros da sociedade civil terão a sua indicação através de suas respectivas entidades, que também indicarão os suplentes desses representantes. Já o inciso III ressalta que os membros dos órgãos públicos designarão os seus substitutos quando necessitarem se ausentar do Conselho.

Cabe ainda destacar o art. 5º, inciso único, que institui que o Secretário Municipal de Saúde será o presidente do CMS, a ele cabendo indicar o seu substituto entre os demais conselheiros, para dar andamento aos trabalhos, no caso de sua ausência. Por último, cabe observar quanto ao art. 7º, que dispõe da elaboração do regimento interno do CMS, nos seguintes termos: “O regimento interno do CMS será elaborado e aprovado por seus integrantes e baixado por portaria conjunta dos Secretários Municipais de Saúde e de Administração”. (DECRETO Nº 1.770/ 1989).

Dando continuidade à trajetória do CMS/JP, após o decreto nº 1.770/1989, o Conselho teve modificada sua legislação pelos decretos nº. 1.810 de 12 de julho de 1989 e 2.522 de 13 de setembro de 1993, sendo que essas modificações se deram com ênfase na composição desse colegiado. Desse modo, o decreto nº 2.522/1993 traz as seguintes modificações: ficou determinado que, em vez de 18 membros, o CMS passou a ser composto por 32 Conselheiros, obedecendo a uma composição paritária, com a representação de Prestadores de Serviços Públicos e Privados (08), representantes dos Trabalhadores de Saúde no município (08) e representantes dos Usuários (16).

Entretanto, foi através da Lei nº 8.301, de 31 de outubro de 1997, que grandes modificações ocorreram em todos os Conselhos de Saúde em âmbito municipal. As atribuições e composição do CMS/JP, a partir de então, foram implantadas sob as recomendações da Resolução nº 33, de 22 de dezembro de 1992, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Desde então, o Conselho passou a ser definido como órgão não mais de natureza normativa e consultiva, mas como órgão permanente e de caráter deliberativo.

Em sua composição, o CMS/JP passou a ser integrado por 24 conselheiros, com seus respectivos suplentes. De forma paritária, sendo 03 (três) representantes do Governo, 03 (três)

representantes de Prestadores de Serviços de Saúde, 06 (seis) representantes dos Trabalhadores de Saúde e 12 (doze) representantes dos Usuários de Saúde. Quanto à presidência, foi determinado pelo CNS que o Conselho seria presidido por um membro efetivo e este seria eleito em plenário, não mais estando a cargo obrigatoriamente do Secretário Municipal de Saúde. Em relação à duração do mandato de cada integrante, bem como dos suplentes, passou a ser de dois anos, com recondução do mandato, ficando a critério da própria entidade de que faz parte.

A definição da agenda quanto às reuniões no CMS/JP ficou estabelecida de modo mensal, em caráter ordinário e extraordinário, quando convocadas pelo presidente do Conselho ou por 1/3 (um terço) de seus membros. É também determinação da Lei nº 8.301/97, em seu art. 5º, Parágrafo Único, que as reuniões do Conselho de Saúde ocorram contadas com a presença de pelo menos 08 (oito) conselheiros e, para serem deliberativas, na presença de 51% (cinquenta e um por cento) de seus integrantes.

Com relação às indicações dos membros, eles continuaram sendo indicados pelas suas entidades/segmentos e nomeados pelo então prefeito do município de João Pessoa- PB. No caso de renúncia ou desligamento de algum representante e/ou suplente, o art. 6º, inciso II da Lei acima estabelecida determina que a substituição desses integrantes será realizada por indicação da entidade, órgão que representavam os conselheiros em questão. Portanto, a partir do Regimento Interno, elaborado pelos seus integrantes e homologado pelo prefeito dessa capital, observa-se mais detalhadamente as normas para atuação no CMS/JP.

Atualmente o CMS/JP é regulamentado pela Lei nº 11.089, de 12 de Julho de 2007, que define Composição e Atribuições do Conselho com propósito de implementar as recomendações da Resolução 333 do CNS, de 04 de novembro de 2003, e regulamenta as convocatórias para as Conferências de Saúde no Município, ficando revogada a Lei Municipal nº 8.301/97.

Quanto à composição, não apresenta grandes mudanças. Apenas no seu Art. 5º apresenta-se mudança textual, onde o CMS/JP terá a sua composição de forma paritária e quadripartite. Com a nova Lei municipal, a diferença se dá na forma da escolha dos representantes, que passaram a ser escolhidos por voto direto dos delegados de cada segmento, o que ocorrerá em fórum especialmente convocado para este fim.

Com relação à duração de mandato e outras diretrizes do CMS/JP, não são apresentadas intensas modificações. Contudo, segundo recomendação da Resolução 333, priorizam-se as normas do ideal democrático da ‘alternância’ na representação, isto é, que se

possam alternar os representantes, dentro desses colegiados, já que ser conselheiro é cargo voluntário, assentado na participação e na experiência do controle social.

Desse modo, no Art.12, inciso I, é estabelecido que os conselheiros poderão ser reconduzidos por apenas dois mandatos consecutivos, cabendo a permanência ser definida por suas respectivas entidades/segmentos.

Vale enfatizar, porém, que o CMS passa a ser definido como “órgão permanente, deliberativo e normativo do Sistema Único-SUS”. As atribuições permanecem, retornando aí o termo ‘normativo’. Outro destaque diz respeito ao Art.2º, Parágrafo Único, sendo de responsabilidade do Conselho a realização das Conferências Municipais a cada 04 (quatro) anos, conforme descrito abaixo:

Caberá ao Conselho Municipal de Saúde, com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, convocar, organizar e realizar as Conferências de Saúde do Município, podendo extraordinariamente ser convocada pelo Prefeito ou através da maioria absoluta dos membros do referido conselho. (LEI Nº 11.089/2007).

Por fim, em seu Art. 19, a lei define que o “Orçamento do CMS/JP será gerenciado pelo próprio Conselho”. Contudo, não estabelece maiores esclarecimentos e/ou fundamenta a gerência de recursos, isto é, não explica como se dá esse gerenciamento em detalhes, de onde vem ou como esses deverão ser gastos. Portanto, do ponto de vista jurídico, esta foi a trajetória do CMS/JP no decorrer desses últimos anos, que vem influenciando no modo de atuação e dinâmica de trabalho em nível de formulação e acompanhamento das políticas de saúde municipal.

4.3 - Composição do CMS/JP, estabelecendo o perfil dos Conselheiros Municipais de Saúde nesta capital

De modo geral, a participação de usuários nos Conselhos de Saúde apresenta características bem distintas e muitas vezes difere da participação em outros conselhos de políticas públicas, uma vez que, quando se trata de participação da sociedade civil nesses colegiados, significa envolver a participação de organizações sindicais como CUT (Central Única dos Trabalhadores), além de entidades como DIGNITATIS – Assessoria Técnica Popular, representantes de entidades em defesa do consumidor, entre outras.

De todo modo, seja qual for a área de política pública em que estejam atuando esses fóruns, os seus participantes apresentarão aspectos comuns, isto é, representarão os interesses de setores antes excluídos ou com pouca expressão no processo de tomada de decisão política. (CÔRTEZ, 2004, FUKS, 2007, TEIXEIRA, 2000).

Nos últimos anos, a literatura sobre as experiências de Conselhos Gestores em saúde procurou compreender, através das normas e leis de criação e da dinâmica de funcionamento, os fatores que influem efetivamente na atuação desses fóruns. Alguns estudos, com destaque para Barbosa (2000), demonstraram que geralmente o desempenho dos Conselheiros foi gradativamente favorecido a partir das experiências acumuladas no

decorrer das atuações desses órgãos, com ênfase em duas atribuições dos Conselhos, que seriam: formulação de estratégia de operacionalização das políticas públicas e o controle da sua execução.

Porém, no universo estudado, foi demonstrado que, embora o CMS/JP desenvolva atividades, como diálogos e debates acerca das matérias em pauta no Plenário, a atuação dos Conselheiros, em termos de tomada de decisão, isto é, a atuação deliberativa desse Conselho no município de João Pessoa ainda se apresenta de forma tímida, com contornos mais “reativos” que “propositivos”.

Nesse contexto, parte-se do entendimento de que a “efetividade deliberativa” está relacionada diretamente à análise do processo decisório que inclui, entre outros aspectos, abrangência da participação, agenda do Conselho e dos tipos de deliberação ou de decisão (FUKS, 2007), conforme será exposto no decorrer do trabalho.

Como ressaltado anteriormente, um dos elementos que influi no funcionamento do Conselho está relacionado diretamente à composição e à representação nesses canais participativos. Aqui serão estabelecidas algumas características observadas que derivam do desenho institucional do Conselho de Saúde no Município de João Pessoa-PB. Para tanto, foram coletados dados do CMS/JP referentes ao ano de 2010, data posterior às análises das atas sobre o estudo de caso do fechamento da Maternidade Santa Maria (MSM) com o intuito de verificar atualmente como têm sido gerenciadas as tomadas de decisão e a “capacidade deliberativa” do Conselho.

❖ DEFININDO A COMPOSIÇÃO DO CMS/JP:

De forma normativa, a composição do CMS/JP segue de acordo como previsto nas leis que regulamentam a municipalização e o processo de descentralização da saúde pública municipal. No estudo, observou-se que as vagas preenchidas por representantes da sociedade civil são diversificadas e abrangem um espaço plural, conforme as recomendações do CNS. Entretanto, identificar esses representantes e o modo como a representação se coloca nesse colegiado é desafiador e instiga a pesquisa, na perspectiva de análise da atuação e do desenho

institucional do Conselho Municipal de Saúde nessa capital. Assim, respeitado o princípio de paridade, o Conselho é composto da seguinte maneira: 06 (seis) representantes de governo e de prestadores de serviços de saúde escolhidos pelas organizações representativas, 06 (seis) representantes escolhidos pelas entidades representativas do setor de saúde, entre associações e sindicatos, e 12 (doze) representantes escolhidos pelas entidades representativas dos usuários do SUS. Ao todo, constituído por 24 membros, conforme estabelecido na LEI nº 11.089/2007. Seguem abaixo os segmentos/entidades e ou instituições que compõem o CMS/JP:

A – Representantes de Governos:

- Ministério da Saúde (MS)
- Secretaria da Saúde do Estado da Paraíba (SES/PB)
- Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (SMS/JP)

B – Representantes de Entidades Prestadoras de Serviços de Saúde:

1. De instituições formadoras:

- Centro de Ciências da Saúde da UFPB:

2. De entidades filantrópicas contratadas com o SUS:

- Sociedade de Assistência e Amparo à Infância da Paraíba (SAAI/PB)

3. De entidades privadas contratadas com o SUS:

- Associação Paraibana dos Hospitais (APH):

C – Representantes de Trabalhadores de Saúde:

- Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba (COREN/PB)
- Conselho Regional de Serviço Social – Paraíba (CRESS/PB)
- Sindicato dos Farmacêuticos do Estado da Paraíba (SIFEP/PB)
- Sindicato dos Médicos da Paraíba (SIMED/PB)
- Sindicato dos Enfermeiros do Estado da Paraíba (SINDEP)
- Sindicato dos Trabalhadores Federais em Saúde e Previdência do Estado da Paraíba (SINDSPREV/PB)

D – Representantes de Usuários do SUS:**1. De associações de portadores de patologias:**

- Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN)
- Associação Paraibana de Portadores de Anemias Hereditárias (ASPPAH)

2. De associações de portadores de deficiências:

- Associação de Deficientes e Familiares (ASDEF)
- Associação Atlética dos Portadores de Deficiência Física do Estado da Paraíba (AAPD/PB)

3. De movimento negro em saúde:

- Federação Independente de Cultos Afro-Brasileiros (FICAB)

4. De movimentos organizados de mulheres em saúde:

- Rede Feminista de Saúde - Regional Paraíba

5. De entidades de aposentados e pensionistas:

- Associação Brasileira dos Clubes da Maior Idade

6. De centrais sindicais de trabalhadores:

- Central Única dos Trabalhadores da Paraíba (CUT/PB)

7. De entidades de defesa do consumidor:

- DIGNITATIS – Assessoria Técnica Popular
- Associação Comunitária dos Moradores de Mussumagro
- Associação de Moradores do Conjunto Padre Hildon

9. De entidades ambientalistas:

- Associação Comunitária de Educação Popular (ACEP)

10. De movimentos sociais organizados em saúde:

- Fórum de ONG's Aids do Estado da Paraíba

11. De Comunidade Científica:

- Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC)

12. De movimento estudantil:

- Centro Acadêmico Livre de Farmácia da Universidade Federal da Paraíba (CALFARM)

❖ COMPOSIÇÃO E PROCESSOS DE QUALIFICAÇÃO NO CMS/JP:

O processo de capacitação, no que abrange a qualificação técnica, política e institucional, ainda é elemento de grande desafio para os Conselhos em geral e para o município de João Pessoa. Embora haja constante preocupação e existam cursos e encontros com este fim, na avaliação dos Conselheiros, esta capacitação ainda se apresenta de forma experimental e não se tem obtido os resultados desejados. Os Conselheiros argumentam que, nas capacitações propostas no CMS/JP, ainda que envolvam temas importantes, as discussões são realizadas de maneira muito superficial e não causam os efeitos desejados no exercício da representação e participação no interior desse Conselho.

Nessa perspectiva, os entrevistados acreditam que, para melhor atuarem dentro do Conselho, é necessário um programa contínuo e consistente de capacitação dos conselheiros, pois entendem que ainda falta aperfeiçoamento nos cursos oferecidos, para que seja desenvolvida a efetiva participação nesse espaço. Entre as pautas sugeridas para capacitação, estão discussões acerca da elaboração e gestão das políticas públicas de saúde, legislação, questões sobre o Fundo Municipal de Saúde, Plano Municipal de Saúde e demais assuntos referentes ao controle e à produção das políticas de saúde em geral, ampliando o potencial dos representantes no referido Conselho. (GONZAGA, 2008)

A própria capacitação que é feita pelos conselheiros é muito aquém daquilo que ele realmente necessita. Um bom Conselheiro ele precisa conhecer bem de Legislação, precisa conhecer bem o Sistema Único de Saúde e tantas outras coisas que envolvam a questão legislativa, como contrato de trabalho, contrato de prestador de serviços e o Conselho se ele não der, não supre os conselheiros desses conhecimentos que são o que tornaria o trabalho do conselheiro mais adequado, mais viável (...). *(Entrevistado(a) 01).*

No período de 2010, quando em entrevista, alguns Conselheiros foram indagados sobre os debates acerca das matérias postas em pauta no CMS/JP, sendo feita a seguinte afirmação:

Eu acho também que se os conselheiros estivessem mais preparados, preparados realmente como *conselheiros*, eu acho que eles poderiam contribuir mais. São poucos os que estão preparados e que conhecem o SUS. Porque pra você questionar as coisas, você tem que saber aquilo que vai

defender, tem que conhecer a legislação para poder discutir e questionar e o que falta é capacitação no sentido de ser conselheiro. *(Entrevistado(a) 05)*.

Portanto, através deste e de outros depoimentos de Conselheiros(as) integrantes do CMS/JP, vê-se que algumas dificuldades permanecem no decorrer das atividades nos últimos anos. A qualificação ainda é elemento de desafio nesse colegiado, tendo consequências relevantes no desempenho do papel desses sujeitos sociais, visto que depende do desempenho de cada conselheiro, para que o Conselho possa produzir debates e decisões que venham influenciar efetivamente sobre as políticas públicas de saúde no município. No que se referem a alguns temas, como o Fundo Municipal de Saúde e o Orçamento do CMS/JP, os entrevistados apresentaram reações diversas, demonstrando a carência de aprofundamento em determinados temas abordados no Conselho e a necessidade de conhecimento específico sobre a temática para melhores reivindicações e interlocução desses Conselheiros.

Cerca de 20% dos entrevistados afirmaram não ter conhecimento sobre o assunto. Os demais ficaram divididos em grupos: aqueles que estavam informados sobre o Fundo Municipal de Saúde afirmaram ter poucas informações, conhecer superficialmente; aqueles que detinham amplo conhecimento sobre o assunto, mas que argumentavam que essas informações não foram obtidas necessariamente através do CMS/JP, e sim através de trabalhos em outras instituições e de pesquisas na internet. Apenas alguns entrevistados afirmaram que obtiveram informações através da apresentação do Relatório do Plano Municipal em plenário no CMS/JP, entre outras matérias. Seguem algumas das falas dos entrevistados sobre o Fundo Municipal de Saúde:

Não. Nem sei como ele é aplicado. Eu acho que não há interesse em investigar esse fundo. Não há interesse que eu digo, não sei se o interesse pessoal, porque tenho muitos afazeres. Por isso que eu digo que deveria haver mais representações, para que houvesse uma auditoria permanente para que as pessoas pudessem saber efetivamente para onde é que vai todos os recursos desse fundo. *(Entrevistado(a) 04)*

Outro Conselheiro(a) relata: “Assim, não é que não tenha, que nunca tenha tido. Há pouco tempo não tive, mas já tive acesso, não pelo conselho, foi outro trabalho”. *(Entrevistado(a) 17)*

De todo modo, argumenta outros Conselheiros(as):

Olhe, eu tenho conhecimento, mas não tenho muita participação. Eu sei que esse é um tipo de dinheiro que vem pras prefeituras, eu já vi o comentário, mas eu não tenho conhecimento de como funciona normalmente. *(Entrevistado(a) 03)*

Sim, inclusive a exigência da lei, se perguntar assim: qual o montante mensal, assim eu não sei. Sei mais ou menos como ele é composto, mas como é aplicado, desconheço. Talvez o presidente, a comissão. Se você souber, pode dizer que eu agradeço a informação.

(Entrevistado (a) 11)

A partir das falas, percebe-se que o conhecimento sobre temas específicos como o Fundo Municipal de Saúde envolve muito mais que uma apreciação conceitual, mas diz respeito à própria maneira como os membros do CMS/JP estão interagindo com os membros das Comissões formadas dentro desses canais, contudo não cabe aqui determinar quais responsabilidades estão sendo atribuídas a essas Comissões, mas revelar questões sobre as funções dos Conselheiros, mediante o Regimento Interno. Traduz, assim, dificuldades não apenas de conhecimento conceitual do termo, mas de como sua prática é vivenciada no Conselho para análise dos debates e das tomadas de decisão. Ainda sobre o assunto, comenta um membro do CMS/JP:

A gente acompanha um pouco os recursos, as informações, os gastos, chegam essas informações aqui no conselho. Nem sempre a gente tem tempo de sentar e tá analisando. E como é uma peça técnica, a gente também não tem tempo, porque precisa de uma análise mais técnica. Mas a gente tem esse acesso. [sic] *(Entrevistado(a) 15)*

Com relação às informações sobre o Orçamento do CMS/JP, a Lei nº 11.089, de 12 de julho de 2007, Capítulo VII (Das Disposições Finais e Transitórias), em seu Art. 19 institui que o orçamento do CMS/JP será gerenciado pelo próprio Conselho, contudo esse assunto apresenta-se um tanto quanto confuso, até mesmo para os integrantes do Conselho, conforme observado no estudo e, especificamente, nos depoimentos abaixo:

Nós não somos é... tem uma palavra... unidade financeira! Na verdade, o orçamento do conselho, ele não está no cartão do conselho, está com a secretaria. Tem um recurso, aí a gente vai solicitando esse orçamento pra reunião, material didático, a partir do orçamento que se tem, e aí a gente tem esse relatório posteriormente. Não somos unidade financeira autônoma. [sic] *(Entrevistado(a) 15)*

É uma pergunta interessante. Existe uma rubrica, um demonstrativo de despesas para o conselho. Nunca me preocupei muito, não há valores mensais a serem passados. Acho que existe um orçamento distribuído com valores, mas não é um valor que caia numa conta, não existe uma conta, existe um orçamento para aquele período do ano. *(Entrevistado(a) 08)*

Outro membro explica que:

Eu nunca na minha vida procurei saber, nem sei o quanto é repassado. Lhe digo com toda a honestidade da minha alma. Nunca utilizei nenhum tipo de recurso, nem nunca procurei saber, a não ser quando o presidente anuncia que foi utilizado pra passagem, diária, alguém que foi representar. Prefiro apostar na honestidade das pessoas. [sic] (*Entrevistado(a) 02*).

Por fim, relata um(a) Conselheiro(a): “nós temos uma comissão de orçamento e finanças. Ela não só fiscaliza o uso dos valores destinados à saúde, como os repasses. Eu, particularmente, nunca quis participar dessa comissão”. (*Entrevistado(a) 20*)

Ainda sobre esse assunto, revela-se importante a discussão orçamentária do CMS/JP, porque, para os membros do Conselho, essa abordagem envolve muito mais que recursos, refletindo também sobre a autonomia do CMS/JP. Através das observações e entrevistas, um representante do segmento de usuários diz que é difícil falar de autonomia no Conselho, pois tudo que se solicita passa pela Secretaria Municipal de Saúde. Relatando sobre as solicitações de recursos para cursos e congressos para os conselheiros, é a secretária, segundo depoimento, que autoriza e, para o membro em questão, este é um fator que inibe alguns Conselheiros.

O Regimento Interno do CMS/JP, por sua vez, sobre os recursos direcionados ao custeio da participação de Conselheiros Municipais de Saúde em eventos, apresenta as seguintes disposições: Capítulo V – Da Organização e Funcionamento: em seu Art. 30 - “O CMS/JP terá orçamento próprio disponível para viabilizar qualquer atividade ou evento definido em plenário e será garantido através de um plano de aplicação”. Dispõe, em Parágrafo Único: “O financiamento e a Gestão financeira deve ser definido e especificado em Resolução específica”.

Assim, quanto à questão orçamentária do CMS/JP e quando indagados sobre a execução dos recursos, as respostas dos membros revelam que o CMS/JP não é uma unidade financeira e, portanto, os recursos enviados para sua manutenção e custeamento de eventos/atividades são liberados a partir da Secretaria Municipal de Saúde. Ou seja, de acordo com as informações, há recursos destinados exclusivamente para o CMS/JP, contudo, sua utilização depende da liberação da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa.

Sobre o assunto, o Conselho Nacional de Saúde faz ressalvas na Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003, Da estrutura e Funcionamento dos Conselhos de Saúde – Quarta Diretriz: “Os Governos garantirão autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, secretaria executiva e estrutura administrativa”. De fato, as entrevistas feitas aos Conselheiros demonstram certa insatisfação, por parte dos seus

integrantes, quanto à autonomia nesse colegiado. Através das observações e entrevistas realizadas no estudo, bem como através da análise de atas do CMS/JP, percebe-se que a questão da autonomia tem sido contestada por alguns dos Conselheiros desde algum tempo, como pode se analisado a seguir:

O representante do segmento Gestão comenta que não adianta o CMS/JP ser legal, e estar regularizado, sem que realize seu trabalho com autonomia no sentido financeiro, que ele considera nó crítico, e sem que efetive seu empoderamento enquanto Conselho, para atuar junto á Gestão, trazendo ao controle social a efetiva democracia participativa. (Ata 105º de Fevereiro 2008/ CMS/JP).

De acordo com Nogueira (2005, p. 140), “a participação política evidentemente convive com interesses, votos, valores e ações assistencialistas. Incorpora-os a si, supera-os, e é, em maior ou menor medida, condicionada por eles”. Dessa perspectiva, é inegável que a participação nos Conselhos de Saúde e demais arranjos institucionais não esteja isenta de certos valores, contudo devem procurar desenvolver, para além dos interesses individuais, interesses comuns a toda coletividade na busca por melhoria nos serviços de saúde prestados à população desta capital. Vale destacar:

A função de conselheiro é de relevância pública, voluntária e honorífica, não gerando direitos à remuneração, garantindo sua dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro, durante o período das reuniões, habilitações e ações específicas do Conselho de Saúde. (Regimento Interno do CMS/JP-Art. 8º 2007).

Ainda sobre a temática, é importante lembrarmos que, além da informação, é necessária uma qualificação para que os Conselheiros se apropriem e conduzam os debates e negociações em torno das políticas de saúde. Nessa direção, outra questão abordada no estudo se refere ainda à apresentação e debate do Relatório de Gestão, haja vista que foi observada, através da reunião realizada em 15 de abril de 2010, uma situação dentro dessa temática: justificativas foram apresentadas pela representação do segmento da gestão sobre o atraso da apresentação do Relatório. Logo após apresentadas as propostas de aprovação do referido relatório, um Conselheiro propôs que fosse feito um parecer, pois, segundo ele, não havia a prestação financeira do Fundo Municipal de Saúde. Por tal motivo, causou-se, na reunião, grande exaltação e foi necessário que o presidente do CMS/JP solicitasse o respeito à ordem das falas. Embora Conselheiros sugerissem a apreciação financeira mais ampla do Relatório em reunião extraordinária 15 dias depois, prevaleceu a proposta para aprovação.

Enfim, o Relatório de Gestão foi aprovado com oito votos a favor, duas abstenções e três votos por não aprovação, ou seja, por maioria simples entre os presentes, como estabelecido pelo Regimento Interno, porém o respaldo é quanto às condições em que ocorreu a aprovação, isto é, sob quais debates e de quais avaliações da prestação de contas da saúde. Sobre o mesmo assunto, foi constatado, através de ata, que o atraso e as dificuldades na abordagem do assunto já haviam ocorrido anteriormente, como pode ser observado através dos seguintes fragmentos:

A conselheira representante do Governo relembra que o Relatório de Gestão ainda não chegou ao Conselho, com prazo definido para o dia 30 de abril. Ela combate essa forma de encaminhamento onde os documentos sempre chegam em cima do prazo para aprovação no CMS/JP. (Ata 109º Reun. Extraordinária de 17 de Abril/2008).

Em Reunião Ordinária de Julho de 2008, no CMS/JP, a mesma conselheira representante do Governo faz em plenário a seguinte colocação:

Lembra que a aprovação do Relatório era para ter ocorrido até o dia trinta de abril e que, pelo que determina a Resolução 333/CNS, a Plenária é que deveria analisar e discutir sobre o Relatório de Gestão, e não apenas uma Comissão do Conselho, e sugere uma leitura do parecer da Comissão. (Ata 110º Julho/ 2008- CMS/JP).

Para reforçar a fala da Conselheira, o representante do segmento dos Tabeladores de Saúde lança o seguinte argumento:

Diz que a prestação de contas deve ser apresentada trimestralmente e de maneira detalhada por técnicos da Gestão e por equipe do CMS/JP capacitada para posterior aprovação. Ele diz que é hora de se cumprir o que a Lei determina, e fala de exemplo de não cumprimento da apresentação do Relatório de Gestão no CMS/RN, onde houve uma impetração na Procuradoria que obrigou o retorno do referido Relatório ao CMS de Natal para aprovação. (Ata 110º Julho/2008- CMS/JP).

Além das observações sobre Relatório de Gestão, outras matérias postas em pauta provocaram protestos de alguns Conselheiros, por entenderem que não foram enviadas em tempo hábil, não permitindo, assim, um debate mais amplo e melhor avaliação sobre o assunto, como pode ser demonstrado abaixo:

A conselheira representante de Usuários do SUS protesta que, mais uma vez, o CMS/JP esteja correndo contra o tempo, e diz que não dá para se fazer, amiúde, uma análise de um Plano de Cargos e Carreira, por ser uma

discussão tão importante e complexa. (...). (Ata 108 º Reunião Extraordinária de Março 2008- CMS/JP).

A mesma conselheira representante de Usuários do SUS acrescenta em sua fala: “mesmo sabendo que o CMS/JP não iria deliberar ou aprovar o Plano, mas os Trabalhadores aqui representados, diz ela, teriam muito a contribuir nesse processo”. (Ata 108 º Março 2008- CMS/JP).

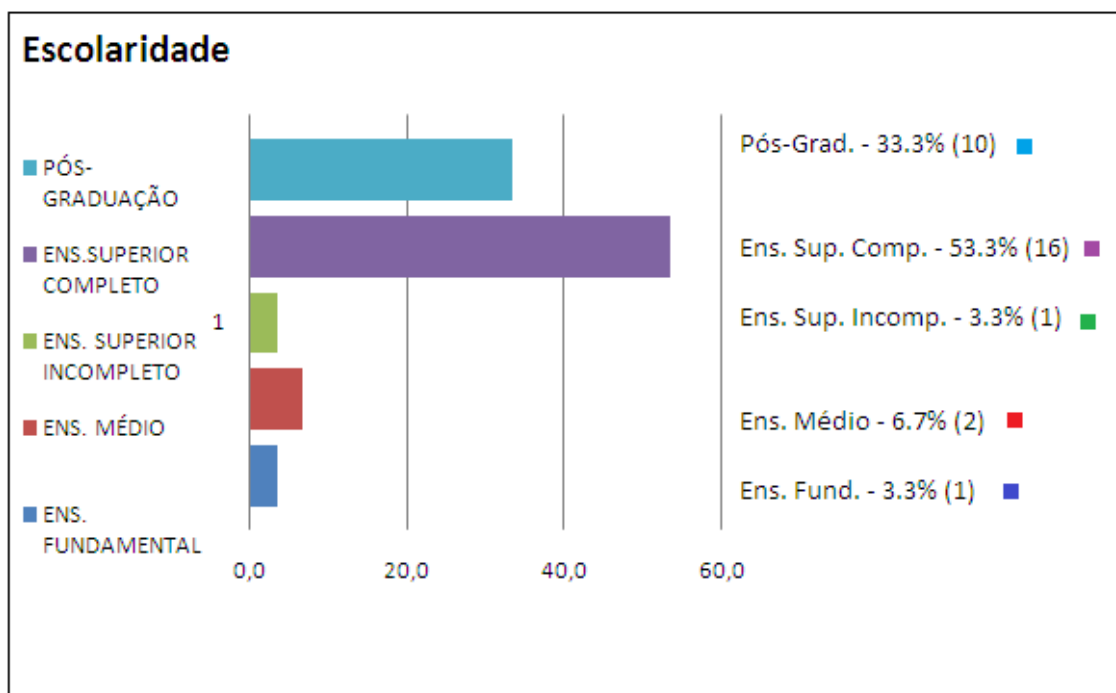
Esses elementos reforçam as falas anteriores e demonstram que, para o desempenho do papel de conselheiro, os desafios são constantes e diversos, assim, é necessário, cada vez mais, buscar estabelecer, dentro desses órgãos, a ampliação do conhecimento da prática e também a articulação, a arte da negociação desses atores sociais no que se refere à dinâmica estabelecida para uso desses mecanismos participativos. Outras informações serão apresentadas posteriormente, através da subcategoria ‘Demanda de conhecimento técnico’. (ver página 113).

❖ SOBRE O PERFIL DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA.

Dos 30 entrevistados (as) no CMS/JP, no ano de 2010, os Conselheiros estão concentrados numa faixa etária entre 29 e 65 anos, sendo 60% do sexo masculino e 40% de representantes do sexo feminino, o que denota uma parcela importante da participação feminina, que vem crescendo junto a esses órgãos, porém, como demonstram os dados. É necessário ainda fortalecer e ampliar essa cultura participativa das mulheres no âmbito das tomadas de decisão e fiscalização dos bens públicos no Brasil e nesta capital.

Com relação ao nível de escolaridade, o Conselho apresenta, em sua maioria, membros com o grau de escolaridade de curso superior. Apenas um dos entrevistados possuía, no período da pesquisa, o ensino fundamental completo, conforme demonstra o gráfico abaixo:

GRÁFICO 01: Percentual do nível de escolaridade dos Conselheiros Municipais de Saúde/JP– 2010



Fonte: Elaboração própria a partir das entrevistas com os Conselheiros.

Vale salientar que, embora todos os segmentos apresentem alto nível de escolaridade, algumas distinções surgem, quando são comparados os perfis dos conselheiros por segmentos. Desse modo, os conselheiros representantes do segmento dos Usuários de Saúde apresentam níveis educacionais mais baixos que os conselheiros representantes de Governos. Assim, enquanto 23,76% de conselheiros representantes dos Usuários possuem formação com pós-graduação, os representantes governamentais têm 60% no mesmo nível escolar. Já no segmento de Trabalhadores de Saúde, 57,14% dos conselheiros encontrava-se com nível de pós-graduação. Por sua vez, no estudo, o segmento dos Usuários foi o único que apresentou entrevistados com o grau de instrução de ensino fundamental, médio e superior incompleto. Ainda sobre os níveis educacionais, todos os conselheiros entrevistados representantes de Prestadores de Serviços de Saúde declararam-se com ensino superior.

Conforme os dados ilustram, o segmento dos Usuários de saúde é, dentre os demais no CMS/JP, o que apresenta menor grau de escolaridade. Outras dificuldades também serão observadas em relação aos representantes dos usuários de saúde. Assim sendo, ressalta-se, uma vez mais, a capacitação como fator decisivo para a participação dos representantes, principalmente os da sociedade civil, não somente no sentido da área política, mas também com relação à área técnica para avaliação de políticas públicas de saúde.

O primeiro aspecto diz respeito a um projeto mais amplo de qualificação, específica no que se refere ao exercício da representação e participação nesses colegiados. O segundo aspecto refere-se ao processo de interação entre os segmentos para gerar maior influência decisória nos processos de tomada de decisão. Sobre o aspecto técnico, enfatiza-se a ideia do bom desempenho dos representantes, Para tal é necessário que estes reconheçam a dinâmica de funcionamento do aparelho estatal, os procedimentos legais que podem ser utilizados para garantir efetivamente os direitos conquistados, bem como a sistemática do orçamento e noções básicas de gestão pública. (TEIXEIRA, 2000).

A cobrança por qualificação técnica, política e institucional específica na área de atuação dos Conselhos é insistentemente reivindicada pelos integrantes do CMS/JP. Ou seja, os Conselheiros percebem tanto a necessidade de lutar por igualdade de condições de debates e de negociações dentro do processo deliberativo, quanto de superar as dificuldades pela carência de qualificação específica nessa área. Percebe-se isso pelo registro de algumas atas:

[...] Outro ponto destacado pela Conselheira trata da importância da articulação para o trabalho em conjunto de conselhos e Ministério Público, e ao final de sua fala coloca as seguintes sugestões: Capacitação para os conselheiros, sobre a temática de Orçamento e Finanças, com atividades que contemplem Oficinas de aprendizado sobre acessar os Sistemas de Informações em Saúde (SPO – SIOPS – FNS – SNA), Navegação e Comunicação na Internet. (Ata 111^a Agosto/2008 - CMS/JP)

O conselheiro representante de Governos diz que o CMS/JP precisa investir mais na qualificação do debate fazendo uso do projeto de Educação Permanente para o CMS/JP, objetivando melhor conhecimento de todos esses instrumentos financeiros da Gestão. (Ata 120^a Junho/2009 - CMS/JP)

Em síntese, o argumento é de que todos os membros do Conselho sejam conhecedores das diretrizes e da legislação referente ao SUS, assim como tenham conhecimento específico das políticas de saúde no município, além das demais informações obtidas através da interação com os demais representantes dos diversos segmentos que compõem esse colegiado. O respaldo se dá porque as políticas de saúde são debatidas tanto no aspecto mais geral, como também a partir das demandas e peculiaridades de cada município.

❖ COMPOSIÇÃO DO CMS/JP QUANTO À FILIAÇÃO PARTIDÁRIA

Com relação ao ativismo eleitoral, constatou-se na pesquisa que, dos 30 Conselheiros(as) entrevistados, 15 são filiados(as) a partidos políticos, enquanto 14 afirmaram não ter nenhuma filiação. Apenas um dos entrevistados preferiu não responder a pergunta.

Dos partidos citados 40% referem-se ao PSB, seguido do PT, com o equivalente a 33,34%, seguido do PTB, com 13,34%, do PMDB e do PDT, com 6,66% cada. Da amostra, 63,3% dos Conselheiros entrevistados não possuem engajamento eleitoral. Já os 06 (seis) dos Conselheiros filiados a algum dos partidos acima citados afirmaram ter engajamento eleitoral e trabalhar em campanhas políticas, de modo que, desse grupo, apenas 03 (três) dizem fazer panfletagem. Todos os entrevistados (as) afirmam não colocar adesivos em roupas, como pode ser observado através da tabela a seguir:

TABELA 01: ATIVISMO ELEITORAL, POR CONSELHEIRO:

ATIVISMO ELEITORAL*	Sim		Não		Sem resposta	
	Citações	%	Citações	%	Citações	%
Filiado a partido político	15	50,0	14	46,7	1	3,3
Engajamento eleitoral*	6	20,0	19	63,3	5	16,7
1. Panfletagem	3	50,0	-	-	-	-
2. Adesivo em roupa	0	0	-	-	-	-
3. Trabalha em Campanha	6	100	-	-	-	-

*Múltipla resposta – Total válido de Conselheiros = 6. (Todos os entrevistados que declaram engajamento eleitoral estão presentes no grupo acima que afirmam ser filiados a algum partido político).

Fonte: Elaboração própria a partir das entrevistas com os Conselheiros.

Na pesquisa, foi observado um dado importante sobre a composição do CMS/JP quanto à filiação partidária, uma vez que os entrevistados que responderam não ter filiação partidária, na sua maioria, apresentaram certo receio em relação às questões que envolvem a política.

Além disso, alguns dos integrantes do CMS/JP afirmavam que não gostavam de política, outros afirmaram não ter filiação partidária e nem pretender futuramente se filiar, pois os partidos políticos estavam “contaminados”. Um dos entrevistados respondeu a pergunta com termos como “Deus me livre de partido político”, enquanto outro Conselheiro, por sua vez, ressaltou não ter filiação com nenhum partido político, dizendo ser “apartidarista”.

Diante das falas, buscou-se, no momento da entrevista, através do diálogo, observar os motivos pelo rebate ao partidarismo eleitoral e se a decisão desses membros se referia, por

alguma razão, ao uso da manifestação político-partidária nesses colegiados. Entretanto, apesar de apresentarem suas opiniões, em nada declaram como esse elemento pode interferir ou facilitar, através dessa vivência e dos projetos políticos partidários, a atuação desses membros no CMS/JP. Esta é uma resposta que cada um pode determinar, a partir das suas práticas de trabalho pelo social, e a escolha é, portanto, livre e de comum acordo entre ele e o segmento representado. Não consta nenhuma indicação e/ou restrição no Regimento Interno do CMS/JP.

4.4 - Convocações, periodicidade e a questão de presença/ausência de quórum no CMS/JP

Sobre o assunto, pôde-se verificar, através das observações realizadas no período da pesquisa, que, em conformidade com Regimento Interno, as reuniões do CMS/JP são abertas ao público, porém, no período observado, constatou-se pouca ou quase nenhuma presença da população, seja da sociedade civil não-organizada ou organizada através dos integrantes de segmentos nas reuniões. No geral, essas reuniões ocorreram com a presença de seus participantes (Conselheiros e apoio técnico do CMS/JP) e de poucos observadores que trabalham na Secretaria Municipal de Saúde, onde se localiza o auditório utilizado para a realização das reuniões do CMS/JP, no período analisado.

Desse modo, a presença de público nas reuniões se dava apenas quando alguns representantes de setores da saúde eram convidados a esclarecer determinados temas, por exemplo, membros da direção da Central de Regulação, ou quando a pauta estava relacionada a alguma categoria, como a discussão de denúncias, encaminhamentos ou esclarecimentos sobre PSF, ou ainda de reivindicações de categorias como Agentes Comunitários de Saúde, entre outros. Fora as situações específicas apontadas nas pautas, muitas vezes, as reuniões eram encerradas contando apenas com a presença dos seus Conselheiros e com a equipe de apoio técnico.

Partindo-se dessas observações, a ênfase das análises abaixo diz respeito também às questões de participação nas reuniões do CMS/JP, porém remete-se, necessariamente, à questão da presença/ausência de quórum a partir da participação dos membros dessas instâncias deliberativas.

De acordo com o Regimento Interno do CMS/JP, este deve reunir-se em caráter ordinário 11 (onze) vezes por ano e as reuniões em caráter extraordinário deverão ocorrer quando convocadas pelo o presidente, ou quando solicitadas através de requerimento da maioria simples dos seus membros. No CMS/JP, é elaborado um calendário anual de

reuniões, conforme ressaltado no Regimento e enfatizado pelos entrevistados. Informações sobre data, horário e pauta são comunicadas com antecedência, porém, como observado nas Atas, algumas dessas reuniões não seguiram segundo o estabelecido no calendário. Abaixo, serão apresentados dados referentes aos anos 2008 e 2009, comparando-os e analisando a participação numérica representada por cada segmento e demais fatores que implicam na dinâmica de funcionamento desse colegiado.

QUADRO 01- CALENDÁRIO ANUAL - (2008), REUNIÕES ORDINÁRIAS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE - (CMS/JP) - PB.

JANEIRO	RECESSO
FEVEREIRO	14
MARÇO	06
ABRIL	03
MAIO	08
*JUNHO	05
JULHO	03
AGOSTO	07
SETEMBRO	04
OUTUBRO	02
NOVEMBRO	06
DEZEMBRO	04

***Reunião não foi realizada por ter sido constatada a falta de quórum.**

Fonte: Secretaria Municipal de João Pessoa/CMS-JP-2008.

A partir das atas, pode-se observar inicialmente que algumas datas estabelecidas no calendário disponível pelo CMS/JP, período 2008, não correspondem necessariamente à ordem da realização das reuniões registradas nas Atas. Assim, a Ata 107^a da reunião Ordinária, que estava prevista no calendário para o dia 03 (três) de abril, ocorreu efetivamente no dia 10 (dez) de abril do referido ano. Nessa reunião, cuja pauta seria sobre o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), o presidente do CMS/JP iniciou os trabalhos comunicando que a pauta foi substituída pela impossibilidade da presença do CEREST naquela ocasião, sendo substituída pela pauta sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), entre outras matérias. A matéria sobre o CEREST foi constatada como pauta na Ata 109^a Reunião Extraordinária, em 17 de abril de 2008.

Como ocorreu com a reunião acima citada, foram também detectadas outras datas diferentes do calendário no decorrer do mandato. Desse modo, a reunião estabelecida no calendário para o dia 03 (três) de julho de 2008 aconteceu, de fato, no dia 24 do referido mês

e ano. Na abertura dos trabalhos, o presidente informou que aquela reunião havia sido adiada para aquela data excepcionalmente, contudo, na Ata não constam maiores informações sobre os motivos do adiamento.

Em pauta, dois pontos chamaram a atenção: o primeiro se refere às informações sobre o possível adiamento da realização da eleição para composição do CMS/JP - com previsão para fevereiro de 2009 - já que, em janeiro, diz respeito ao período de recesso nesse colegiado e o ano em vigência (2008), por ser período eleitoral, traz questões que impedem a legalidade desse ato, uma vez que o Regimento Interno recomenda não proceder tal eleição em ano eleitoral.

Em segundo, destaca-se o informe sobre a reunião de mulheres com a Secretária de Saúde e outros Gestores sobre a situação do fechamento da Maternidade Santa Maria e a decorrência da superlotação nas demais maternidades da capital, assunto que será apresentado detalhadamente no item ‘O Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa: “O caso do fechamento da Maternidade Santa Maria”. (ver página 126).

Logo, através das Atas do CMS/JP, observou-se também que a 111^a Reunião Ordinária do CMS/JP, com data estabelecida no calendário para o dia 07 (sete) de agosto, realizou-se no dia quatorze (14) de mesmo mês e ano, mas, na Ata, não constam quaisquer esclarecimentos sobre o adiamento. Do mesmo modo ocorreu com a Ata 113^a de Outubro, cuja data definida no calendário seria 02 (dois) do corrente mês e, por sua vez, há a indicação na Ata de que se realizou no dia dezesseis (16) de outubro de 2008. Dentre os informes dessa reunião, constam as visitas realizadas pela Comissão de Média e Alta Complexidade aos hospitais com intuito de observar a efetiva atuação dos profissionais e da Secretaria Municipal de Saúde, com destaque para a nota relativa à visita à Maternidade Cândida Vargas para apurar a informação da Gestão sobre os leitos perdidos com o fechamento da Maternidade Santa Maria e sua possível redistribuição para outros hospitais da rede.

Por fim, a reunião de dezembro, estabelecida para o dia 04 (quatro), em uma quinta-feira, como costumeiramente acontecia, foi realizada de forma excepcional no dia cinco (sexta-feira), no Hotel Netuanah, bairro do Cabo Branco, nesta capital. A pauta e participação relativa nas reuniões do CMS/JP/JP 2008 e 2009 serão detalhadas mais adiante. Vale destacar, como ilustrado no calendário das reuniões do CMS/JP, que a reunião referente ao mês de junho não foi realizada em virtude da ausência de quórum.

Algumas Atas mostram claramente a preocupação da Mesa Diretora, bem como dos demais integrantes desse Conselho, com a presença nas reuniões, enfatizando constantes

reivindicações do presidente para o cumprimento do horário em plenário. Dito de outro modo, através das atas, percebe-se argumentos de que estaria havendo atrasos no início das reuniões, o que indica, por vezes, abstenção dos Conselheiros e falta de quórum no CMS/JP, como pode ser evidenciado através da leitura de Atas do CMS/JP:

O presidente do CMS/JP ratifica dizendo que o conselheiro, no momento da votação, pode pedir à Mesa para conferir o quórum, em se percebendo que houve evasão de parte da plenária antes da votação. E caso se confirme ausência de quórum, a partir do pedido de algum conselheiro, a matéria não poderá ser votada, conforme determina o Regimento do CMS/JP. *(Ata da 107ª Reunião Extraordinária – CMS/JP)*.

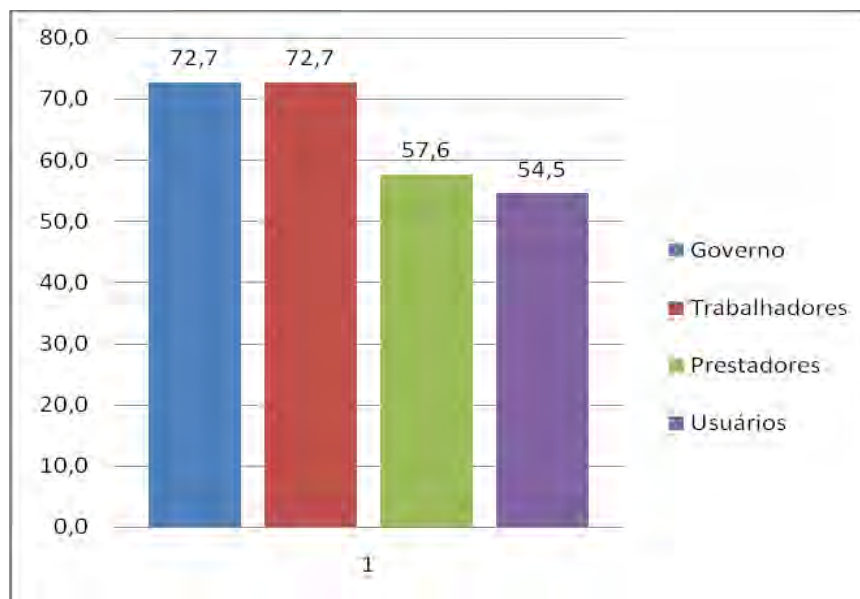
Em Ata 119ª - Reunião Ordinária de 2009, são feitos os seguintes pronunciamentos:

A representante de Governo chama atenção da Plenária para que, no momento das votações dos projetos, dedique-se um pouco de atenção à verificação de quórum, no sentido de se possibilitar que as votações ocorram nos primeiros momentos das reuniões. *(Ata 119ª/ 2009 - CMS/JP)*.

O presidente do CMS/JP informa que o tempo regimental delimita como o final da Reunião o horário de 17h:30. E que os conselheiros deverão ficar em Plenária até esse horário, sendo que, a qualquer momento, pode ser solicitada a verificação de quórum. *(Ata 119ª/ 2009 - CMS/JP)*.

Ainda sobre a temática da participação dos representantes dos segmentos com representação no CMS/JP, período de 2008, tem-se maior destaque quando comparada a participação relativa nas reuniões do CMS/JP por segmentos, como demonstrado no gráfico a seguir:

GRÁFICO 02: Participação relativa (ou percentual médio) nas reuniões do CMS/JP - 2008



Fonte: Atas do CMS/JP – Ano 2008. (Elaboração própria).

Diante dos dados, é importante destacarmos que, quando comparados por segmentos, a representação de Governos no período apresenta um índice significativo de participação, se comparada, por exemplo, ao segmento de Usuários de Saúde. Por sua vez, a representação no âmbito dos Trabalhadores de Saúde indica a frequência participativa em termos de quórum, isto é, presença numérica equivalente ao segmento de Governos. Foi ressaltado pelos próprios entrevistados(as) que a representação do segmento dos Trabalhadores de Saúde se faz bem atuante no CMS/JP, pois eles detêm um conhecimento técnico e específico que facilita na abordagem de determinados temas sobre políticas de saúde e conhecimentos básicos de gestão pública municipal, o que reforça as considerações feitas anteriormente em termos de acesso às informações, conhecimento técnico e demais tópicos mencionados anteriormente.

Na sequência da leitura do gráfico, está exposta a representação dos Prestadores de Serviços e, por último, a representação de Usuários de Saúde, ratificando o quanto ainda se apresenta fragilizada a atuação desse segmento dentro de órgãos deliberativos e o quanto o CMS/JP tem tido dificuldades na atuação, por parte de alguns segmentos, principalmente no que se refere ao segmento dos usuários. Vale lembrar que, segundo determinação da Lei 333, de 04 de novembro de 2003, a composição dos Conselhos Municipais de Saúde é estabelecida a partir do critério de paridade, onde a representação dos usuários ocupa 50% dos assentos no Conselho. No entanto, os dados estatísticos acima revelam que o segmento dos Usuários tem apresentado pouca expressão em termos de frequência nas reuniões, se comparado com outros

segmentos, principalmente com o dos representantes de Governos, um dos segmentos que mais compareceu às reuniões, no período analisado, conforme ilustrado.

Os representantes dos Usuários, em termos de quórum, isto é, em termos de presença nas reuniões do CMS/JP, durante o período estabelecido, não apresentam a contento frequência participativa, uma vez que, pelo princípio paritário, este é bem superior em termos quantitativos aos demais segmentos. Portanto, a ausência dessa representação dificulta a ação da sociedade civil no controle de política de saúde, bem como impede avanços no controle social e na garantia dos direitos resguardados aos movimentos sociais que, ao contrário, deveriam ampliar os debates, contribuindo para a negociação e deliberação a partir dessas instâncias participativas.

Os dados ressaltados acima apontam para as reflexões sobre a efetividade deliberativa do CMS/JP, questionando até que ponto segmentos com baixa representação de quórum podem ter influência decisória no processo deliberativo, de maneira que possam atuar efetivamente na produção e controle da execução das políticas públicas de saúde no município de João Pessoa.

Assim sendo, esses dados referentes à frequência dos representantes de Usuários nas reuniões remetem-se à questão colocada logo no início do trabalho, qual seja: pode-se manifestar que, através do princípio paritário da participação dos usuários nos Conselhos de saúde, a representação deste segmento atue efetivamente, com influência decisória?

Diante do gráfico e dos dados tabulados através das atas do CMS/JP, no período analisado, percebe-se que o segmento dos Usuários não compreende, mesmo em princípio paritário, a parte mais expressiva quanto à presença nas reuniões do Conselho, enquanto que a representação da gestão tem uma expressiva frequência, trazendo à tona reflexões sobre os debates e articulações no interior desses canais participativos.

Nesse contexto, também se denotam algumas implicações quanto à questão da influência nas tomadas de decisão no âmbito da saúde pública, uma vez que a participação é fundamental: se a abstenção é tão forte nesse segmento, como tratar de processo decisório e efetividade deliberativa através dessa representação? É nesse sentido que críticas têm sido direcionadas em torno dessa representação, considerando que, por vários motivos, esses sujeitos sociais não atuam com tanta influência decisória. Consequentemente, a atuação desses conselheiros nas tomadas de decisão se apresenta de forma mais propositiva que deliberativa.

❖ ESTABELECENDO OS DADOS DAS REUNIÕES DO CMS/JP 2008:

QUADRO 02 - REUNIÕES ORDINÁRIAS E EXTRAORDINÁRIAS DO CMS/JP- PB, (2008)

Reuniões Ordinárias	Reuniões Ordinárias com falta de Quórum	Reuniões Extraordinárias	Reuniões Extraordinárias com falta de Quórum
11	01	08	00

Fonte: Atas do CMS/JP – Ano 2008. (Elaboração própria).

O quadro abaixo mostra, de forma mais específica, a presença de representantes por segmentos/entidades nas reuniões do CMS/JP realizadas no ano de 2008.

QUADRO 03: MÉDIA E MEDIANA DA PARTICIPAÇÃO RELATIVA NAS REUNIÕES ORDINÁRIAS DO CMS/JP 2008

REPRESENTAÇÕES	Nº DE REUNIÕES	Nº DE REUNIÕES PRESENTES	% FREQUÊNCIA (PRESENÇA NAS REUNIÕES)
GOVERNO			
Ministério da Saúde	11	7	63,64
Secretaria do Estado de Saúde	11	8	72,73
Secretaria Mun. de Saúde	11	9	81,82
Média	8,0	Mediana	8,0
PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE			
Centro de Ciências da Saúde da UFPB	11	5	45,45
Sociedade de Assistência e Amparo à Infância da Paraíba (SAAI/PB)	11	7	63,64
Associação Paraibana dos Hospitais (APH)	11	7	63,64
Média	6,3	Mediana	7,0
TRABALHADORES DE SAÚDE			

Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba (COREN/PB)	11	1	9,09
Conselho Regional de Serviço Social – Paraíba (CRESS/PB)	11	8	72,73
Sindicato dos Farmacêuticos do Estado da Paraíba (SIFEP/PB)	11	11	100,00
Sindicato dos Médicos da Paraíba (SIMED/PB)	11	8	72,73
Sindicato dos Enfermeiros do Estado da Paraíba (SINDEP)	11	11	100,00
Sindicato dos Trabalhadores Federais em Saúde e Previdência do Estado da Paraíba (SINDSPREV/PB)	11	9	81,82
Média	8,0	Mediana	8,5
USUÁRIOS			
De associações de portadores de patologias	11	5	45,45
De associações de portadores de deficiências	11	0	0,00
De movimento negro em saúde	11	6	54,55
De movimentos organizados de mulheres em saúde	11	10	90,91
De entidades de aposentados e pensionistas	11	9	81,82
De centrais sindicais de trabalhadores	11	8	72,73
De entidades de defesa do consumidor	11	10	90,91
De organizações de moradores	11	7	63,64
De entidades ambientalistas	11	0	0,00
De movimentos sociais organizados em saúde	11	9	81,82

De Comunidade Científica	11	2	18,18
De movimento estudantil	11	6	54,55
Média	6,0	Mediana	6,5

Fonte: Atas do CMS/JP – Ano 2008. (Elaboração própria).

O quadro acima mostra a participação média nas reuniões determinadas no Calendário do CMS/JP, contabilizando com a reunião que não se realizou por falta de quórum, visto que se verificou na Ata a presença dos representantes que compareceram ao Plenário, como disponibilizado através da lista de assinaturas da referida Ata. Para tanto, foram utilizadas as Medidas de Centro a Média e a Mediana, como determinado em seus respectivos conceitos, usos e processos de tabulação especificados na metodologia (ver páginas 43 e 44). Essas abordagens trazem grandes contribuições ao estudo e ajudam a visualizar como se apresenta a participação numérica dos Conselheiros no grupo de reuniões analisadas nos períodos estabelecidos.

Portanto, sobre a participação dos representantes do segmento de Governos das onze (11) Atas, houve representação, em média, de oito reuniões. Para conferir maior exatidão, utilizou-se a mediana, por ser um ponto de partição, isto é, que divide em partes, onde se demonstra que metade das entidades que constituem o segmento de Governo esteve presente acima de oito reuniões, enquanto a outra metade teve uma participação abaixo de oito reuniões realizadas no CMS/JP, no ano de 2008, conforme ilustrado no quadro acima. Ressalta-se, uma vez mais, que a mediana pode ser entendida como “um valor do meio”, sendo que “metade dos seus valores no conjunto de dados está abaixo da mediana e metade está acima dela”. (TRIOLA, 2008, p. 63).

Os representantes dos Prestadores de Serviços, por sua vez, de todas as reuniões realizadas no mesmo período no CMS/JP, em média compareceram a 6,3 reuniões. Partindo do cálculo da mediana, significa que metade dessa representação esteve presente acima de sete (7) reuniões, enquanto a outra metade compareceu abaixo de sete (7) reuniões do CMS/JP-2008.

Já a representação dos Trabalhadores de Saúde esteve em média presente em cerca de oito (8) reuniões do quadro total do número de reuniões realizadas no mesmo ano, assim como os representantes de Governo. Neste segmento, obtiveram destaque duas entidades que compareceram a 100% dessas reuniões, ou seja, pelo menos um dos representantes (titular e/ou suplente) dessas entidades esteve presente em todas as reuniões, conforme esclarecido anteriormente, quando estabelecidos os critérios de análise na metodologia. São elas:

Sindicato dos Farmacêuticos do Estado da Paraíba (SIFEP/PB) e o Sindicato dos Enfermeiros do Estado da Paraíba (SINDEP), como indicado no quadro acima.

Por fim, os representantes de Usuários de Saúde, na média das onze (11) reuniões estabelecidas no CMS/JP de 2008, participaram apenas de cerca de seis (6), sendo a representação com menor presença de quórum dentre os demais segmentos. Este segmento também apresenta entidades com menor índice de participação desse colegiado.

Com relação à participação da representação desses segmentos nas Reuniões de caráter Extraordinário no ano de 2008, observam-se os seguintes aspectos:

QUADRO 04: MÉDIA E MEDIANA DA PARTICIPAÇÃO RELATIVA NAS REUNIÕES EXTRAORDINÁRIAS DO CMS/JP 2008

REPRESENTAÇÕES	Nº DE REUNIÕES	Nº DE REUNIÕES PRESENTES	% FREQUÊNCIA (PRESENÇA NAS REUNIÕES)
GOVERNO			
Ministério da Saúde	8,0	8,0	100,0
Secretaria do Estado de Saúde	8,0	6,0	75,0
Secretaria Mun. de Saúde	8,0	7,0	87,5
Média	7,0	Mediana	7,0
PRESTADORES			
Centro de Ciências da Saúde da UFPB	8,0	3,0	37,5
Sociedade de Assistência e Amparo à Infância da Paraíba (SAAI/PB)	8,0	4,0	50,0
Associação Paraibana dos Hospitais (APH):	8,0	5,0	62,5
Média	4,0	Mediana	4,0
TRABALHADORES			
Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba (COREN/PB)	8,0	1,0	12,5
Conselho Regional de Serviço Social – Paraíba (CRESS/PB)	8,0	7,0	87,5

Sindicato dos Farmacêuticos do Estado da Paraíba (SIFEP/PB)	8,0	7,0	87,5
Sindicato dos Médicos da Paraíba (SIMED/PB)	8,0	8,0	100,0
Sindicato dos Enfermeiros do Estado da Paraíba (SINDEP)	8,0	8,0	100,0
Sindicato dos Trabalhadores Federais em Saúde e Previdência do Estado da Paraíba (SINDSPREV/PB)	8,0	8,0	100,0
Média	6,5	Mediana	7,5
USUÁRIOS			
De associações de portadores de patologias	8,0	4,0	50,0
De associações de portadores de deficiências	8,0	1,0	12,5
De movimento negro em saúde	8,0	2,0	25,0
De movimentos organizados de mulheres em saúde	8,0	3,0	37,5
De entidades de aposentados e pensionistas	8,0	7,0	87,5
De centrais sindicais de trabalhadores	8,0	7,0	87,5
De entidades de defesa do consumidor	8,0	3,0	37,5
De organizações de moradores	8,0	7,0	87,5
De entidades ambientalistas	8,0	1,0	12,5
De movimentos sociais organizados em saúde	8,0	5,0	62,5
De Comunidade Científica	8,0	1,0	12,5
De movimento estudantil	8,0	5,0	62,5
Média	3,8	Mediana	3,5

Fonte: Atas do CMS/JP – Ano 2008. (Elaboração própria).

No que se refere ao grupo de Reuniões Extraordinárias, o quadro acima demonstra maior abstenção por parte dos representantes de quase todos os segmentos, o que implica na fragilidade participativa dessa representação e, novamente, a ênfase recai na ausência de representantes do segmento dos Usuários nas reuniões do CMS/JP-PB. Uma vez mais, o segmento de Governos e o segmento dos Trabalhadores são os que apresentam maior frequência em termos de participação numérica. Partindo da mediana, dentro do segmento de Governos, do grupo de oito (8) reuniões extraordinárias, metade dos segmentos que o compõem participou de mais de sete (7) reuniões, enquanto a outra metade esteve presente abaixo desse mesmo quantitativo de reuniões no ano de 2008.

A representação dos Trabalhadores de Saúde nas reuniões extraordinárias compareceu, através de sua representação no cálculo da mediana, a pouco mais de sete (7) reuniões, superando a participação numérica da própria representação de Governos. Em seguida, apresenta-se a representação dos Prestadores de Serviços, com presença em média equivalente a quatro (4) reuniões do conjunto apresentado.

A representação dos Usuários de Saúde, dentre ao grupo de oito (08) reuniões extraordinárias do CMS/JP-2008, fez-se presente em torno de três a quatro reuniões. Apresenta-se ainda de forma muito tímida, ou seja, conforme ilustram os dados, este segmento tem atuado com pouca expressividade numérica, apresentando grande abstenção nas Reuniões Ordinárias e nas Reuniões Extraordinárias.

Conforme revelam os dados, alguns segmentos que integram o CMS/JP apresentam, tanto em relação às convocações de Reuniões Ordinárias, como também de Reuniões Extraordinárias, alto índice de abstenção em termos de presença, o que reforça a ideia de que esses canais de participação da sociedade civil necessitam ampliar os debates e a participação, na perspectiva de controle e fiscalização dos bens públicos, através da representação instituída nessas instâncias colegiadas.

A fragilidade participativa nesses órgãos se dá, muitas vezes, pela falta de envolvimento, de articulações e de participação efetiva na produção e controle de políticas de saúde municipal. Assim, é preciso que os representantes de alguns segmentos que compõem o CMS/JP procurem fortalecer os vínculos, ampliando a articulação com suas bases, buscando a constante presença nesses canais de participação popular, para fortalecer a luta pelo controle social e estimular a participação desses conselheiros, tendo como objetivo maior a interação, a

obtenção de maiores informações e a qualificação específica, no sentido de que haja oportunidades de igualdade nos debates e de igualdade deliberativa.

QUADRO 05. CALENDÁRIO ANUAL (2009), REUNIÕES ORDINÁRIAS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA-PB

JANEIRO	RECESSO
FEVEREIRO	12
MARÇO	05
ABRIL	02
MAIO	07
JUNHO	04
JULHO	02
AGOSTO	06
SETEMBRO	03
*OUTUBRO	01
NOVEMBRO	05
DEZEMBRO	03
DEZEMBRO	10

***Reunião não foi realizada por ter sido constatado a falta de Quórum.**
Fonte: Secretaria Municipal de João Pessoa/CMS-JP-2009.

Com relação ao calendário do CMS/JP no período de 2009, ao contrário do que foi constatado no ano anterior, quase todas as reuniões registradas em Atas correspondem às datas indicadas no calendário do referido Conselho. A exceção é a reunião prevista para ter sido realizada no dia 03 de dezembro de 2009, mas que foi adiada, ocorrendo, de fato, no dia 10 do mesmo mês, sob a justificativa de força maior. Afora isso, não foi observada nenhuma alteração e/ou modificação com relação às pautas ou à ordem de realização das reuniões no período em vigência.

No que se refere ao conteúdo das atas, observa-se que a Ata 117^a – Reunião Ordinária de 05 (cinco) de Março, entre outras matérias da ordem do dia, traz o assunto da Apresentação do Regimento Eleitoral e o respectivo edital para Eleição do Conselho Municipal de Saúde – Período 2009-2011, segundo mencionado em Plenária do CMS/JP ano de 2008.

A eleição estaria prevista para realizar-se em fevereiro de 2009, mas verificou-se que o seu processo ocorreu no decorrer do mês de março, com indicações das inscrições das entidades/segmentos nos dias 12 e 13 de março e as eleições, nos seus fóruns próprios, estabelecidas para os dias 19 e 20. No tocante à apreciação das informações sobre o processo eleitoral no CMS/JP, algumas falas demonstram certo descontentamento por parte da

representação de segmentos presentes na reunião, como pode ser verificado a partir das falas a seguir:

A Conselheira representante de Usuários de Saúde diz que, quanto ao Regimento, não tem observações a fazer e que entende a urgência de se renovar a composição, visto que já se passaram os dois anos do mandato, porém questiona as datas das inscrições, que, para ela, estão muito próximas e não haveria tempo para uma mobilização mais ampla junto às entidades e movimentos. (...). *(Ata da 117ª/2009)*.

Ainda sobre o processo eleitoral do CMS/JP, Biênio 2009-2011, a mesma Conselheira representante de Usuários conclui com a seguinte declaração:

(...) Ela diz que teme que ocorra, dentro do movimento estudantil, o que, segundo ela, ocorreu na eleição passada do CMS, quando poucas pessoas ligadas ao movimento estudantil souberam das eleições. Ela diz que, se repetindo isso, continuaria a existir um grave problema que é a sociedade não estar informada a respeito do CMS, contribuindo, e assim, realizando sua função dentro do CMS. *(Ata da 117ª/2009)*.

Por sua vez, sobre o tema acima abordado pela conselheira, o presidente do CMS/JP, em mesma Ata, traz a seguinte argumentação:

O presidente do CMS/JP responde às indagações da conselheira dizendo que as entidades e movimentos referidos pela mesma já estão informadas desse processo há seis meses, período em que foi solicitado o adiamento desse mandato justamente para que fosse proporcionado esse debate dos membros do CMS em seus grupos e movimentos interessados. *(Ata da 117ª /2009-CMS/JP)*.

Conforme verificado em ata, aparentemente seguiu-se a programação indicada pelos informes da Plenária, sendo que a posse dos membros do CMS/JP para o Biênio 2009-2011 foi realizada no dia 27 (vinte e sete), através da Reunião Extraordinária 116ª, em março de 2009.

Com relação à Ata 124ª, que deveria ter sido realizada ao 1º (primeiro) de outubro de 2009, foi solicitada a verificação de quórum por um membro representante do segmento de Governo e foi constatada que não havia a presença mínima de representantes do CMS/JP para a realização dos trabalhos, sendo a pauta transferida para a próxima reunião. Diante disso, afirma o presidente do Conselho do CMS/JP: “Os conselheiros não estão aproveitando, na minha forma de ver, e de alguns colegas que eu já tenho conversado”. *(Ata 124ª /2009 – CMS/JP)*.

Assim sendo, dentre os diversos temas contidos nas demais atas do período de 2009, chama nossa atenção a exposição do debate sobre o tema da insalubridade dos profissionais

da rede de saúde municipal, matéria de pauta da reunião que apresentou falta de quórum, levada para a reunião posterior, e que gerou debates, suscitando outras questões para discussão em plenária. Nesta ata, foi observada a cobrança da participação das entidades nos processos de políticas de saúde desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde nesta capital, como pode ser examinado através da seguinte anotação:

O conselheiro representante de Usuários de Saúde diz que estava presente à Reunião onde a Secretária de Saúde do município de João Pessoa apresentou o PCCR dos profissionais da SMS, e que, no momento, “disse que via com tristeza o fato das entidades sindicais não terem participado do processo de construção desse Plano de Cargos e Salários”. E diz que, à época, expressou um protesto em nome da CUT, onde dizia que seria muito melhor se as políticas que vêm em benefício dos trabalhadores fossem construídas em discussão junto aos trabalhadores. (*Ata da 125ª/2009-CMS/JP*).

Para concluir a sua fala, esse conselheiro ainda argumenta que:

O que se vê agora é a repetição do mesmo problema⁴. Ele diz que a prefeitura com esse ato, formula uma proposta que não passa pelos trabalhadores, e que se perde tempo ao se proceder dessa forma, sem adicionar às discussões a presença do sindicato, pois os mesmos sempre usarão de todos os meios de direito para reivindicar. (...). (*Ata da 125ª/2009-CMS/JP*).

A continuação da discussão sobre o tema da insalubridade dos profissionais da rede de saúde municipal também foi pautada na reunião seguinte do CMS/JP - Ata 126ª, em 10 de dezembro de 2009. Dentre os questionamentos acerca do projeto, foram feitas algumas críticas por conselheiros, conforme ilustrado a partir da fala do conselheiro representante dos Usuários de Saúde:

(...) Ele critica o fato de já existir um projeto na Câmara para implementação da insalubridade sem ter sido feita uma discussão no CMS antes. Ele diz ser um fato de que não se pode ser insensível às restrições orçamentárias, mas que faltou uma discussão entre o trabalhador e o governo para definição de ato que atinge diretamente o trabalhador. (*Ata 126ª/2009 – CMS/JP*).

Sobre a temática, Bonfim (2000) explica que há governos nos quais a elaboração orçamentária é realizada com participação da sociedade, mas, de maneira geral, as grandes dificuldades da luta pela construção de política pública resultam do fato de que se acaba

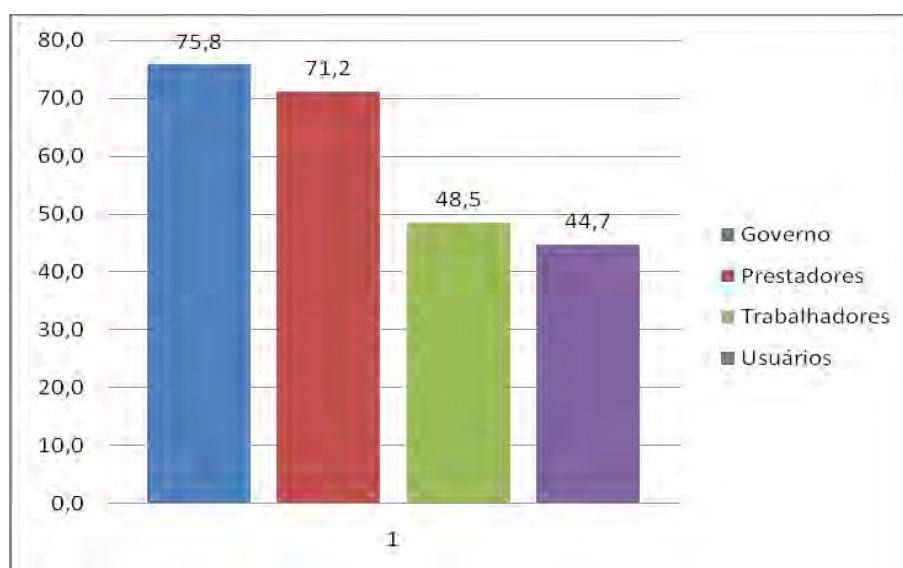
⁴A transcrição das falas foi realizada conforme escrito nas Atas do CMS/JP, sendo as informações de total responsabilidade das Próprias Atas disponíveis no CMS/JP, período 2008 e 2009.

construindo, em suma, somente políticas de governo. Em geral, entende-se que a política de governo dependerá do governo em exercício, seja municipal, estadual ou federal.

Assim sendo, essas abordagens referem-se aos aspectos que estão presentes e, por sua vez, influem na dinâmica de funcionamento de cada conselho. Indica que, mesmo diante de aspectos gerais institucionais, cada espaço possui também algo de peculiar, de articulação, diálogo e enfrentamentos sociopolíticos etc.

Para dar prosseguimento ao estudo em relação à participação numérica dos conselheiros municipais de saúde de João Pessoa, cujas informações serão comparadas com os demais dados estabelecidos no estudo, segue abaixo o gráfico:

GRÁFICO 03: Participação relativa (ou percentual médio) nas Reuniões Ordinárias do CMS/JP – 2009



Fonte: Atas do CMS/JP – Ano 2009. (Elaboração própria).

Os dados do gráfico acima indicam que, em exercício do mandato de Conselheiro Municipal de Saúde no período 2009, houve uma pequena, mas importante redução da participação numérica de praticamente todos os segmentos que integram o CMS/JP-PB quando comparados com o gráfico do ano anterior. Contudo, o segmento representante de Governos apresenta-se, de forma isolada, com maior índice quanto à presença nesse colegiado, enquanto que o segmento dos Trabalhadores de Saúde expressou uma declinação, isto é, menor participação numérica em relação às reuniões ordinárias do CMS/JP no ano anterior, quando ficou equiparado à presença de quórum de representante de Governos.

Portanto, a representação dos Servidores de Saúde, quando comparados os gráficos de 2008 e 2009, teve uma queda de cerca de 9% na presença de quórum no CMS/JP. Por sua vez, os conselheiros representantes de Usuários de Saúde apresentaram, nos dois anos citados, o

maior índice de ausência de quórum. No último ano acima descrito, esse segmento demonstrou abstenção de cerca de mais de 50% da sua representação, como pode ser observado no gráfico da participação relativa (ou percentual médio) nas Reuniões Ordinárias do CMS/JP – 2009.

Em suma, o que se observa nesse cenário é que, apesar da diversidade de organizações sociais representadas no âmbito desses conselhos municipais de saúde, muitas dificuldades ainda se permeiam em torno da atuação de alguns segmentos, assim, o perfil sociopolítico e demais aspectos analisados até agora dos conselheiros municipais de saúde de João Pessoa-PB parecem indicar que as entidades/segmentos com assentos no CMS/JP são representativas, sobretudo, com predominância de alguns segmentos sociais, principalmente aquelas com maior articulação, organização e “presença na cena pública”.

Segundo argumenta Gohn (2004), em seu estudo sobre os Conselhos municipais e a Gestão urbana, numa gestão democrática participativa, onde o social é tomado como prioridade, “não é possível ter igualdade quando os representantes do governo ou dos trabalhadores da área sabem tudo sobre o funcionamento da máquina pública e a legislação pertinente”, enquanto outros segmentos como “os representantes de usuários, além de não saberem, não dominarem os códigos, têm uma imensa dificuldade de ter acesso às informações”. (GOHN, 2004, p. 89).

No campo dessas reflexões, observam-se diversos elementos norteadores da temática, principalmente o debate sobre a abstenção de quórum por parte de determinados segmentos, em particular a representação do segmento de Usuários de saúde e as suas implicações no processo de tomadas de decisão no interior do CMS/JP.

❖ ESTABELECENDO OS DADOS DAS REUNIÕES DO CMS/JP 2009:

QUADRO 6- REUNIÕES ORDINÁRIAS E EXTRAORDINÁRIAS DO CMS/JP -2009

Reuniões Ordinárias	Reuniões Ordinárias com falta de Quórum	Reuniões Extraordinárias	Reuniões Extraordinárias com falta de Quórum
11	01	02	00

Fonte: Atas do CMS/JP – Ano 2009. (Elaboração própria).

O quadro abaixo mostra, de forma mais específica, a presença/ausência de representantes por segmentos/entidades nas reuniões do CMS/JP realizadas no ano de 2009.

QUADRO 07: MÉDIA E MEDIANA DA PARTICIPAÇÃO RELATIVA NAS REUNIÕES ORDINÁRIAS DO CMS/JP 2009

REPRESENTAÇÕES	Nº DE REUNIÕES	Nº DE REUNIÕES PRESENTES	% FREQUÊNCIA (PRESENÇA NAS REUNIÕES)
GOVERNO			
Ministério da Saúde	11,0	10,0	90,9
Secretaria do Estado de Saúde	11,0	5,0	45,5
Secretaria Mun. de Saúde	11,0	10,0	90,9
Média	8,3	Mediana	10,0
PRESTADORES			
Centro de Ciências da Saúde da UFPB	11,0	5,0	45,5
Sociedade de Assistência e Amparo à Infância da Paraíba (SAAI/PB)	11,0	6,0	54,6
Associação Paraibana dos Hospitais (APH):	11,0	5,0	45,5
Média	5,3	Mediana	5,0
TRABALHADORES			
Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba (COREN/PB)	11,0	7,0	63,6
Conselho Regional de Serviço Social – Paraíba (CRESS/PB)	11,0	5,0	45,5
Sindicato dos Farmacêuticos do Estado da Paraíba (SIFEP/PB)	11,0	10,0	90,9

Sindicato dos Médicos da Paraíba (SIMED/PB)	11,0	8,0	72,7
Sindicato dos Enfermeiros do Estado da Paraíba (SINDEP)	11,0	10,0	90,9
Sindicato dos Trabalhadores Federais em Saúde e Previdência do Estado da Paraíba (SINDSPREV/PB)	11,0	7,0	63,6
Média	7,8	Mediana	7,5
USUÁRIOS			
De associações de portadores de patologias	11,0	7,0	63,6
De associações de portadores de deficiências	11,0	5,0	45,5
De movimento negro em saúde	11,0	3,0	27,3
De movimentos organizados de mulheres em saúde	11,0	5,0	45,5
De entidades de aposentados e pensionistas	11,0	8,0	72,7
De centrais sindicais de trabalhadores	11,0	5,0	45,5
De entidades de defesa do consumidor	11,0	3,0	27,3
De organizações de moradores	11,0	8,0	72,7
De entidades ambientalistas	11,0	7,0	63,6
De movimentos sociais organizados em saúde	11,0	2,0	18,2

De Comunidade Científica	11,0	3,0	27,3
De movimento estudantil	11,0	3,0	27,3
Média	4,9	Mediana	5,0

Fonte: Atas do CMS/JP – Ano 2009. (Elaboração própria).

Conforme indica o conjunto de dados ilustrados no quadro acima, os conselheiros representantes do segmento de Governos encerraram o ano de 2009 apresentando o maior índice de participação numérica no CMS/JP. De fato, dentre os demais segmentos, esta representação alcançou, de forma isolada, a liderança em termos de presença de quórum no colegiado no período mencionado. Assim, das 11(once) reuniões realizadas no ano de 2009, em média a representação de Governos esteve presente em mais de oito reuniões. Se analisada através da mediana, metade das entidades/segmentos que o compõem esteve presente em quase todas. Vale destacar que, no ano mencionado, nenhuma das entidades apresentaram o índice equivalente ao total de cem por cento de presença de quórum no CMS/JP.

No que refere ao segmento de Prestadores de Serviços, se, no ano de 2008, das 11 (once) reuniões, metade dos seus membros compareceram a acima de sete reuniões, e a outra metade, por sua vez, ficou abaixo de sete reuniões, sendo analisados através da mediana, em 2009, através do mesmo método de análise, o mesmo segmento, por sua vez, compareceu a cerca apenas de 5 (cinco) reuniões do total. Em suma, metade desses conselheiros estiveram presentes em acima de cinco reuniões, enquanto a outra metade esteve presente em abaixo de cinco reuniões do CMS/JP ano 20009.

Quando em análise da representação do segmento dos Trabalhadores de Saúde, observa-se, como mencionado anteriormente, que, embora este tenha apresentado expressividade em presença de quórum no ano de 2008, em 2009, teve o desempenho com menor participação numérica nas reuniões ordinárias. Como os demais segmentos, foi identificada uma taxa de maior ausência comparada com ano anterior, especialmente no segmento de Usuários, que permanece com o índice de presença abaixo de todos os outros, comparecendo, em média, a apenas 4,9 do conjunto de reuniões realizadas no CMS/JP em 2009. De modo geral, os dados indicam que, no decorrer desses dois anos, a questão de quórum continua sendo um elemento desafiador, como observado através das próprias atas do CMS/JP e da tabulação desses dados. É preciso buscar incentivar, estimular no interior desse conselho maior presença desses sujeitos sociais.

Desse modo, a reflexão que se faz sobre a temática não implica apenas em termos quantitativos, com o descumprimento de princípios básicos como comparecimento aos fóruns. Tais atitudes remetem-se para as questões mais amplas como as perspectivas e as possibilidades de luta em favor do controle social através das experiências vividas nesses canais participativos, através da ampliação da participação e da representação, buscando-se, assim, o aperfeiçoamento do conselho enquanto instrumento efetivo de democratização e partilha do poder no processo de deliberação.

De todo modo, “a idéia de democracia deliberativa, portanto, está relacionada com a disputa entre diferentes interesses e projetos políticos, através de um conjunto de regras e procedimentos democráticos, articulando participação e distribuição”. (CUNHA, 2007, p. 138).

QUADRO 08: MÉDIA E MEDIANA DA PARTICIPAÇÃO RELATIVA NAS REUNIÕES EXTRAORDINÁRIAS DO CMS/JP 2009

REPRESENTAÇÕES	Nº DE REUNIÕES	Nº DE REUNIÕES PRESENTES	% FREQUÊNCIA (PRESENÇA NAS REUNIÕES)
GOVERNO			
Ministério da Saúde	2,0	2,0	100,0
Secretaria do Estado de Saúde	2,0	1,0	50,0
Secretaria Mun. de Saúde	2,0	2,0	100,0
Média	1,7	Mediana	2,0
PRESTADORES			
Centro de Ciências da Saúde da UFPB	2,0	1,0	50,0
Sociedade de Assistência e Amparo à Infância da Paraíba (SAAI/PB)	2,0	2,0	100,0
Associação Paraibana dos Hospitais (APH):	2,0	2,0	100,0
Média	1,7	Mediana	2,0
TRABALHADORES			
Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba (COREN/PB)	2,0	2,0	100,0

Conselho Regional de Serviço Social – Paraíba (CRESS/PB)	2,0	1,0	50,0
Sindicato dos Farmacêuticos do Estado da Paraíba (SIFEP/PB)	2,0	2,0	100,0
Sindicato dos Médicos da Paraíba (SIMED/PB)	2,0	1,0	50,0
Sindicato dos Enfermeiros do Estado da Paraíba (SINDEP)	2,0	2,0	100,0
Sindicato dos Trabalhadores Federais em Saúde e Previdência do Estado da Paraíba (SINDSPREV/PB)	2,0	1,0	50,0
Média	1,5	Mediana	1,5
USUÁRIOS			
De associações de portadores de patologias	2,0	2,0	100,0
De associações de portadores de deficiências	2,0	1,0	50,0
De movimento negro em saúde	2,0	1,0	50,0
De movimentos organizados de mulheres em saúde	2,0	1,0	50,0
De entidades de aposentados e pensionistas	2,0	2,0	100,0
De centrais sindicais de trabalhadores	2,0	2,0	100,0
De entidades de defesa do consumidor	2,0	2,0	100,0
De organizações de moradores	2,0	1,0	50,0
De entidades ambientalistas	2,0	1,0	50,0

De movimentos sociais organizados em saúde	2,0	1,0	50,0
De Comunidade Científica	2,0	2,0	100,0
De movimento estudantil	2,0	2,0	100,0
Média	1,5	Mediana	1,5

Fonte: Atas do CMS/JP – Ano 2009. (Elaboração própria).

Embora o número de reuniões extraordinárias no ano de 2009 tenha sido bem inferior numericamente, quando comparado com as reuniões no ano anterior, a presença de quórum dos segmentos integrantes do CMS/JP apresenta maior participação numérica das entidades nesse fórum. Ou seja, comparando a ausência de quórum em reuniões extraordinárias por segmento em 2008, somente alguns segmentos alcançaram o índice de 50% de presença.

Em 2009, todos os membros das entidades que compõem os segmentos compareceram em pelo menos uma das duas reuniões extraordinária realizadas. O destaque é para a representação dos Prestadores de Serviços, que, junto com o segmento do Governo, foram os que garantiram maior presença nas referidas reuniões, seguidos dos representantes dos segmentos Trabalhadores e Usuários, que apresentaram o mesmo índice de participação numérica nas reuniões do CMS/JP - 2009.

Diante das informações e do alto índice de abstenção por parte de alguns segmentos no CMS/JP, de forma mais contundente no ano período acima estabelecido, foi indagado, em entrevista aos conselheiros municipais de saúde, se eles percebiam centralização no campo dos debates em Plenário do CMS/JP, por parte de algum segmento ou gestão. Como resultado, obtemos da amostragem que 66,7% dos entrevistados acreditam que não existe centralização no campo do debate do CMS/JP, enquanto 26,7% afirmam que há centralização e 6,7% não responderam.

Acerca do assunto, ressaltou um Conselheiro entrevistado que,

Até agora, não tenho notado esse tipo de comportamento. Os debates quando tendem a afunilar para determinado segmento, rapidamente ele é desfeito com a participação em entrevista aos conselheiros municipais de saúde de todos. Não é permitido que nós estejamos radicalizando em nosso objetivo maior que é o atendimento da população. (Entrevistado(a) 10).

Argumenta outro entrevistado que:

Não, não vejo isso. Vejo uma participação muito boa de todos os conselheiros. Algumas entidades por decisão ou por modo de ser do seu

representante são menos participativas, ou mais, se seu conselheiro é mais eloqüente, mas de forma a coibir a participação de alguma entidade, acho que não. (Entrevistado(a) 14).

No entanto, embora o número de entrevistados que responderam que não identificavam centralização no campo dos debates no CMS/JP ser maior, numericamente falando, pode-se perceber que, em suas falas, apresentam-se algumas imprecisões, já que, posteriormente, deixam transparecer a insuficiência e resistência, dependendo das matérias em debate no CMS/JP, conforme a fala a seguir:

Eu não afirmo que há centralização. Eu acho que é como se alguns segmentos tão pra não discordar, né? Porque as discordâncias às vezes são tão insignificantes, que a gente não percebe. E, mesmo sendo aprovado, não faz aquela discussão crítica [...] Se têm a oportunidade de criar uma comissão de RH, se nega, diz que não entendeu, que não sabia. Pelo fato, até de quando se apresenta uma proposta assim, há um rebate daquilo que você está tentando fazer. Não discute, não acolhe, é como se tivesse se defendendo. A Psicanálise chama de resistência. (Entrevistado(a) 04).

Um(a) Conselheiro(a) afirma que existe, sim, centralização e que se faz perceptível, principalmente, quando o debate é conduzido por determinados segmentos. A respeito dessa questão ele(a) aponta que:

Acho que existe, sim, logicamente, a centralização. Se a Secretaria apresenta algum projeto, esse vai ter uma condição do poder executivo, então, de certa forma, a Secretaria cria uma defesa desse projeto, e essa defesa cria uma centralização. Eu entendo assim. As entidades, elas querem discutir, entender, e centraliza um pouco no titular ou suplente da gestão. Existe uma demanda pequena dos conselheiros para o conselho que sejam relevantes. Acho que precisa entender como se faz isso. (Entrevistado(a) 09).

Na opinião de Gohn (2008), os Conselhos têm como função controlar, formular propostas e contribuir com a gestão. Para ela, os conselhos não são órgãos executivos nem existem para substituí-los, mas esses fóruns são instâncias democráticas participativas e, portanto, a dinâmica das reuniões dos conselhos não pode estar centrada na burocratização, não pode estar situada somente em aspectos técnicos administrativos, porque isso poderá refletir no segmento dos Usuários, uma vez que estes comumente têm práticas participativas flexíveis, abertas, mais próximas de assembleias do que reuniões com teor formal e burocrático. Desse modo, é necessário buscar levar para mesa de debate maior participação desse segmento e ampliar o debate acerca das funções e atuação, bem como buscar garantir diálogos e deliberações a favor do SUS no CMS/JP.

4.5 - Sobre a efetividade deliberativa dos Conselhos de Saúde e os seus componentes no CMS/JP-PB

Como já apontado anteriormente, o estudo está direcionado para temática da efetividade deliberativa, com ênfase nas análises do CMS/JP-PB, tendo como referência algumas variáveis de operacionalização e princípios que norteiam a teoria da democracia deliberativa. Vale enfatizar, novamente, a efetividade deliberativa, entendida como “a capacidade efetiva dessas instituições influenciarem, controlarem e decidirem sobre determinada política pública, expressa na institucionalização dos procedimentos”. Também, “na pluralidade da composição, na deliberação pública e inclusiva, na proposição de novos temas, na decisão sobre ações públicas e no controle sobre essas ações” (CUNHA, 2007, p. 139).

No estudo sobre a efetividade deliberativa dos Conselhos no Nordeste, como os Conselhos de Municipais de Saúde, Cunha (2007) destaca importantes questões. A autora ressalta que algumas pesquisas sobre esses fóruns de participação têm apontado para problemas e desafios internos aos conselhos, isto é, reflexos resultantes do seu desenho institucional. Menciona, ainda, que, sobre os Conselhos, tem-se observado que o baixo “desempenho institucional” pode indicar que ocorre algum tipo de descompasso no sentido da formalidade deliberativa e do efetivo funcionamento dos mesmos, isto é, entre o direito instituído quanto à deliberação sobre as políticas, no caso, as políticas de saúde, e a disposição efetiva dos conselhos em exercê-la. Daí a reflexão sobre a variação da efetividade dos Conselhos no que se refere ao seu caráter deliberativo para desempenho de suas funções.

Para fins de estudos acerca da efetividade deliberativa no CMS/JP, foram elaboradas algumas categorias de estudo a partir de aspectos apontados por Teixeira (2000). Desse modo, abaixo se pode visualizar as categorias e subcategorias construídas no estudo:

❖ AS CATEGORIAS CONSTRUÍDAS NO ESTUDO

1. Princípio de Paridade;
2. Representatividade dos segmentos;
3. Deliberação enquanto formalidade.

❖ SUBCATEGORIAS CONSTRUÍDAS NO ESTUDO:

- a) Demanda de conhecimento técnico/específico;

- b) Demanda de tempo;
- c) Publicização das ações do Conselho.

❖ CATEGORIA 1- Princípio de Paridade

Faz-se necessário ressaltar mais uma vez que, por determinação legal, os Conselhos de Saúde são espaços de participação pluralistas e, em sua composição, contemplam as representações de governo, prestadores de serviços de saúde, representantes de trabalhadores de saúde e usuários. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários de saúde, através da Resolução 333 (BRASIL, 2003). Dessa perspectiva, metade dos integrantes dos Conselhos de Saúde são, obrigatoriamente, usuários representantes do sistema de saúde.

Nessa perspectiva, a paridade nos Conselhos de Saúde se dá no sentido de buscar garantias de expressão participativa em termos numéricos dessa representação. Contudo, Elenaldo C. Teixeira (2007), destaca que, em relação ao estudo da efetividade nesses colegiados, a paridade deve ser entendida no sentido mais amplo do termo, ou seja, deve ser entendida enquanto condição de igualdade, não sendo restrita somente ao seu aspecto numérico. Diante disso, ele afirma que é preciso igualdade nas condições de acesso às informações, na possibilidade da formação dos conselheiros, bem como na disponibilidade de tempo dos membros do Conselho.

Diante dos aspectos indicados acima, pode-se observar que, no estudo, foram verificadas algumas variáveis importantes para análise do CMS/JP, pois, como demonstrado através de dados, o princípio paritário por si, numericamente falando, não tem garantido presença expressiva de alguns segmentos nesse colegiado, em particular no que diz respeito à representação dos usuários de saúde nesse município.

No que diz respeito à igualdade nas condições de acesso às informações, os dados da pesquisa mostram um pouco da dinâmica e funcionamento no CMS/JP, através de entrevista com os conselheiros. Quando indagados se percebiam dificuldades ou restrições para se obter determinadas informações, inclusive, se as Atas e documentos do CMS/JP eram de fácil acesso, obteve-se como resposta que, com relação às atas do CMS/JP, apresentam-se de fácil acesso, sendo disponíveis para todos sem qualquer restrição.

Com relação às informações sobre demais documentos do conselho, não foi possível determinar, de forma aprofundada, se ocorre essa condição igualitária no acesso, em virtude

dos entrevistados não aprofundarem o assunto, como pode ser visualizado nos depoimentos a seguir:

“(...) As atas, esses documentos rotineiros, não tem problema nenhum”.
(Entrevistado(a) 05).

Outro (a) Conselheiro (a) afirma:

“É, acredito que sim. As atas, sim. Nunca necessitei de outros documentos”.
(Entrevistado(a) 07).

Sobre o tema, Fuks (2007), no seu estudo sobre contexto, regras e efetividade deliberativa em Conselhos de Curitiba, dentre eles o CMS, traz considerações importantes e chama a atenção para o fato de que a informação é um recurso extremamente valioso e que, muitas vezes, o segmento que representa o gestor é, dentre os demais segmentos, o maior detentor de tal recurso. Para ele, o acesso privilegiado à informação “constitui um importante recurso de poder, considerando que ela pode ser sonegada, divulgada parcialmente ou mesmo manipulada em função de interesses de quem dela dispõe”. (FUKS, 2007, p. 265). Por outro lado, conclui que a dinâmica do funcionamento do Conselho o define enquanto importante canal de veiculação de saber técnico e de qualificação dos seus membros, “mediante a circulação pública de informações anteriormente restritas à esfera governamental”. (Idem)

Dessa perspectiva, a busca pelo equilíbrio na representação dos interesses de ambos, sejam os representantes governamentais e/ou não governamentais nos conselhos, não se esgota nas garantias e procedimentos do princípio paritário por si, numericamente falando. A representação de tais interesses deve resultar da construção cotidiana através de práticas e articulações no interior do colegiado. Segundo suposição de Tatagiba (2002), embora exista a paridade numérica nesses conselhos, é necessário observar outras variáveis, pois essa igualdade não é suficiente para garantia de equilíbrio, quando se trata de processo decisório.

❖ SUBCATEGORIAS:

a) Demanda de conhecimento técnico/específico

Sobre a formação dos conselheiros no Município de João Pessoa, como ressaltado anteriormente, há que se ampliar e buscar desenvolver cursos e oficinas com dinâmicas e aprofundamento dos temas de maneira que possam estimular os Conselheiros. Verificou-se, a partir de seus relatos, que é preciso que os membros do CMS/JP possam adquirir os

conhecimentos específicos na área para desempenharem suas funções, bem como requerer a documentação e legislação disponível no fórum para serem conhecedores dos trâmites e diretrizes e, em debate, contribuir com o encaminhamento de pautas, influenciando efetivamente nos processos decisórios. O ponto positivo é que os próprios conselheiros reconhecem algumas limitações em termos das capacitações ofertadas no CMS/JP. Entre outros relatos, aponta-se para a abordagem seguinte de Ata:

A Conselheira representante dos Usuários de Saúde deixa claro que o desestímulo dela não é em relação à capacitação e a importância disso - tanto é que participa de várias outras capacitações - mas é em relação ao projeto de capacitação do CMS/JP. Ela diz que participou do início, foi a algumas reuniões, mas foi saindo porque não caminhava, e com tantas outras coisas a se fazer, inclusive investir no trabalho da comissão e finanças, que tem muito mais resultados do que estar há um ano e meio discutindo um projeto a ser operacionalizado e não sai do canto. Ela diz que todos sabem da sua defesa de capacitações, de defesa do controle social. [...] (Ata 111º Agosto/2008 - CMS/JP).

Assim sendo, mais uma vez, é ressaltado que, no CMS/JP, a “capacitação”, qualificação técnica, política e institucional dos Conselheiros foi e continua sendo elemento desafiador. Seus membros reconhecem a necessidade de capacitação em temas direcionados à saúde pública, no sentido de colaborar para sua atuação e de fortalecer a luta pelo controle social, com dinâmicas inovadoras e direcionadas ao processo deliberativo, pois a atuação desses Conselheiros está relacionada à apresentação de temas à agenda, em igual condição de debates, negociação e articulação no interior desses colegiados.

Portanto, o exercício da função implica a interação desses representantes, para, através de uma sociedade civil atuante e fiscalizadora, garantir efetivamente direitos constitucionais antes conquistados e fortalecer a luta pela melhoria na qualidade dos serviços de saúde prestados à população pessoense. No CMS/JP, o ponto positivo se dá pela percepção e luta desses conselheiros em torno do reconhecimento de suas limitações quando das reivindicações sobre aspectos como a qualificação específica no âmbito das políticas públicas de que trata esse órgão colegiado. De todo modo, deve-se procurar reduzir ao máximo as diferenças em termos de informações e conhecimentos específicos sobre a produção e controle das políticas de saúde e demais questões necessárias à atuação nos Conselhos Municipais de Saúde.

Desse modo, são significativas as avaliações desses conselheiros sobre as capacitações que lhes são oferecidas, e, sem dúvida, para que haja melhor atuação, faz-se necessário apoio técnico sobre o Plano Municipal de Saúde e Orçamentário do Município, leis e diretrizes da saúde, entre outros, pois é fundamental a construção de debates qualificados, com articulação, negociação no interior desses canais participativos.

Desse modo, é preciso também romper com uma cultura política centralizadora, buscar constantemente fortalecer a luta pelo estabelecimento das diretrizes e normas do SUS, para se alcançar melhorias na saúde e na qualidade de vida da população. Que a representação se faça sempre na defesa dos interesses coletivos, pois o mérito não cabe a um ou outro membro, mas a todo o colegiado, principalmente no que diz respeito à formulação e fiscalização de propostas e direcionamento dos recursos financeiros da saúde no município.

Segundo Gohn (2004), os sujeitos sociais que atuam nesses canais de participação da esfera pública, como os Conselhos municipais, o fazem como sujeitos sociopolíticos e, para isso, necessitam “transformar sua condição original de atores sociais (dada pela atuação nos espaços públicos da sociedade civil), em atores políticos (dada pela atuação na esfera pública)” (p. 87). Vale destacar, nos termos dessa autora, a esfera pública, aqui entendida como espaço essencialmente político, de surgimento, clarificação e visibilidade dos cidadãos organizados, que interagem com representantes dos poderes constituídos de maneira recíproca, onde todos possam ouvir e ser ouvidos.

Logo, é fundamental a questão da qualificação para atuação desses membros, porque a função deliberativa dos Conselhos implica que esses canais participativos produzam decisões sobre as políticas públicas das quais tratam, e tais decisões devem ser antecedidas por debates públicos entre os participantes das reuniões. (CUNHA, 2007).

b) Demanda de tempo

Com relação à disponibilidade de tempo dos membros do Conselho, segundo argumenta Teixeira (2007), embora os dispositivos legais garantam a esses conselhos o princípio paritário, dentro desses canais ainda ocorre grande assimetria, principalmente no que se refere ao segmento do governo e ao da sociedade civil. Nesse sentido, o autor adverte que, enquanto o primeiro dispõe de uma série de recursos, tais como disponibilidade de tempo, assessoria, equipamento e informações, por sua vez, os representantes da sociedade civil, sobretudo o segmento dos usuários, não dividem a mesma realidade. Destaca ainda que, no segmento dos usuários, a demanda de tempo requer muito mais desses conselheiros, pois,

além de trabalharem nas entidades que representam, pode ocorrer de participarem de outros conselhos. Portanto, demonstra-se, assim, total assimetria, divergindo da ideia da efetiva paridade entre os integrantes desses conselhos, situação com que nos deparamos nos contextos na pesquisa.

Diante do exposto, é possível afirmar que, embora seja garantida a dispensa do trabalho sem prejuízo para o Conselheiro durante o período das reuniões e demais atividades no conselho, não é garantida a possibilidade de maior dedicação ao cargo. Por conseguinte, sobre a demanda de tempo para a atuação representativa desses conselheiros, foram observados alguns depoimentos no CMS/JP, quando indagados sobre o acompanhamento e/ou fiscalização das políticas discutidas nesse colegiado. Foram descritas da seguinte forma:

[...] não fiscalizamos muito aquilo que é decidido lá. Infelizmente. Eu até acredito que algumas dessas políticas não foram implementadas, até porque demanda um tempo. [...], Então, na verdade eu não tenho esse cuidado, até pela falta de tempo de apurar se isso realmente está sendo implantado. *(Entrevistado(a) 02)*

Sobre a demanda de tempo, argumenta outro(a) Conselheiro(a): “acho que nesse campo da fiscalização, acho muito precário. Realmente, eu não tenho conhecimento, não tenho tempo pra ir lá, ver os documentos”. *(Entrevistado(a) 02)*

Conclui outro entrevistado: (...) o conselheiro precisa ter qualidades fundamentais: preparo, entendimento político, a questão de tempo [...]. *(Entrevistado(a) 11)*

De maneira geral, as ideias de Teixeira (2007) estão relacionadas aos relatos dos entrevistados no CMS/JP, portanto, essa realidade ilustrada em sua teoria vem contribuir com as avaliações no referido conselho.

b) Publicização das ações do Conselho

Em relação à subcategoria Publicização das ações do Conselho, evidenciou-se, através das entrevistas e de registros das atas do CMS/JP, que é necessário promover maior divulgação das suas ações, inclusive das discussões de pautas, do aproveitamento da interação e de debates do conselho com outros fóruns, como a Câmara Municipal, quando tratados assuntos no âmbito da saúde, ou com demais órgãos que discutam o assunto, como registrado nas atas abaixo:

O conselheiro representante do segmento de Trabalhadores de Saúde fala que um dos problemas pelos quais o CMS/JP enfrenta é o retorno de algumas situações demandadas. Exemplifica falando da falta de ação de informação do CMS/JP sobre o que é o Sistema Único de Saúde à população [...]. (*Ata 107ª/2008-CMS/JP*)

Sobre o assunto, outra membro do CMS/JP, afirma que:

[...] A conselheira representante do segmento de Governos diz que ela também se sente descontente com a falta de conhecimento da população em relação ao CMS/JP, como ela mesma observa em momentos de contato com as pessoas do seu cotidiano de trabalho e em eventos diversos. (*Ata 107ª/2008*)

Outro membro do CMS/JP destaca:

A conselheira representante dos trabalhadores de Saúde destaca um passo seria a publicação de Relatório, pela Comissão responsável pela divulgação do Conselho, ou pela secretaria de Saúde através de sua assessoria de comunicação. Ela aponta outros meios de divulgar o papel do Conselho: na internet, em jornais, entre outros. (*Ata 107ª/2008-CMS/JP*)

Ainda com relação a essa temática, na mesma Ata foi sugerido pela conselheira representante de Usuários, como forma de aproximação do CMS/JP com a comunidade, buscar estabelecer contato com a coordenação do Orçamento Democrático Municipal, para que os conselheiros de saúde pudessem proferir apresentações de debates sobre controle social, entre outros temas, nas plenárias de saúde nas regiões. Assim, na ata 117ª da Reunião Ordinária 2009, quando em esclarecimento a um conselheiro, apresenta-se o seguinte relato do presidente do CMS/JP:

(...) Ele diz ainda que no fim do ano passado foram feitas algumas falas dentro da agenda do Orçamento democrático, para as comunidades, sobre a atuação do CMS e seu espaço para ampliação de debates e participação da comunidade, além da divulgação das eleições do CMS. (*Ata 117ª/2009-CMS/JP*)

Contudo, embora seja argumentada a realização dessas ações de publicização do conselho, foi constatado, através dos entrevistados no período 2010, que ainda é necessária a publicização e a aproximação do CMS/JP da população, tendo em vista a importância dessa relação para a legitimação e reconhecimento dos conselhos enquanto canais de participação e inserção normativa do modelo de gestão pública democrática na saúde. As falas seguintes ilustram esses dados: “acho que falta imprensa pro conselho, mais imprensa, porque, a gente

poder divulgar mais o que a gente discute lá, o que as pessoas do conselho fazem”.
(Entrevistado(a) 18)

Outro Conselheiro ainda ressalta:

Eu acho que a sociedade civil contribui pouco porque muitas pessoas nem sabem que o conselho existe. O conselho é uma entidade de grande importância, de poder fora do comum, mas não é que esteja quebrado, mas as pessoas que estão no poder quebra, ao não divulgar a atuação do conselho, o papel do conselheiro. Fazer isso é fundamental. (Entrevistado(a) 04)

De acordo com Teixeira (2000), a legitimidade do caráter deliberativo dos Conselhos é enfatizada pela necessidade de publicização dos debates que ocorrem no interior da plenária, bem como no que se refere à importância do funcionamento de espaços cada vez mais abertos e plurais, de modo que possam servir de instâncias críticas em relação às tomadas de decisão do conselho.

❖ CATEGORIA 2 - Representatividade dos segmentos

A experiência dos Conselhos Municipais de Saúde, no que diz respeito às suas limitações, aponta para algumas considerações acerca da efetiva representatividade nesses canais participativos. Desse modo, além da heterogeneidade em sua composição e respeito às diferenças, a efetivação dos conselhos enquanto arenas político-institucionais, cuja representação se faz mediante o pluralismo e o princípio paritário, parece estar estreitamente ligada à natureza do vínculo estabelecido entre os conselheiros dos diversos segmentos integrantes do conselho com as suas entidades.

Dessa perspectiva, “quanto mais forte a relação conselheiro-entidade, maior a possibilidade de que diferentes interesses possam de fato se fazer representar nos conselhos”. (TATAGIBA, 2002, p. 63). Isso se expressa, inclusive no CMS/JP, pois, em sua maioria, os entrevistados comentam que não é exigido regularmente que prestem contas das demandas e deliberações do conselho.

Outro ponto que está ligado diretamente à relação de conselheiro-entidade é o modo como são escolhidos esses representantes dentro dos segmentos/entidades. Sobre o tema, a prerrogativa da Lei nº 11089/2007 estabelece que, no caso da representação dos Usuários de Saúde, por exemplo, os seus representantes devem ser escolhidos pelas entidades

representativas dos usuários do SUS, através de eleição em fórum próprio e ampliado, inclusive, com envio da Ata contendo assinatura de todos os presentes no evento, acompanhada de documentação comprobatória da existência da entidade.

Contudo, a escolha desses membros é de responsabilidade de suas instituições e, segundo relataram os membros entrevistados de vários segmentos do CMS/JP, o processo de escolha se deu através de indicação da diretoria ou responsáveis direto dos segmentos, conforme pode ser visualizado a seguir, através das falas de alguns conselheiros no período 2010: “(...) Eu diria assim: é mais de indicação, do que fruto de uma orientação”. (*Entrevistado(a) 11*).

Outro entrevistado discorre sobre o processo de escolha no seu segmento:

“Já tinha tido representado uma outra gestão pelo segmento. Então, a partir da aproximação com o tema, e com o perfil, foi feita uma reunião, e eu recebi essa indicação”. (*Entrevistado(a) 26*)

Através dos indicadores e análises decorrentes do estudo sobre a representatividade no CMS/JP, percebe-se a existência de uma fragilidade representativa nesse conselho. Portanto, a ideia principal dessa discussão é que, para atuação nesses colegiados, é fundamental que as organizações tenham representatividade, que seja reconhecida por aqueles que ela pretende representar. Portanto, no conselho, como antes mencionado, defende-se o papel da representação no sentido de que haja uma aproximação com as bases representadas, bem como o uso dos mecanismos, de forma que não seja somente no período de escolha do representante, mas que estejam bem articulados e possam legitimar esta representação.

Desse modo, ser representante “implica em assumir o compromisso junto àqueles que o indicaram”, bem como recorre ao respeito às posições dos que estão sendo representados, defendendo-os dentro do Conselho, assim, “implica também em ter que informar e prestar contas de suas ações aos seus representados” (BARROS, 1994, p. 35). Portanto, tal deficiência designa-se como um complicador na legitimação dessa representação, compreendendo que a articulação entre o representante e a entidade oferece, através das vias de representação, a participação de todos nas decisões gerais. (GONZAGA, 2008, p. 40).

Assim sendo, conforme ressaltado pelas abordagens antes citadas, a representação não deve ser apenas uma ação de formalidade, isto é, apenas dita no papel, que existe enquanto porta-voz das reivindicações dos segmentos que constituem o Conselho, mas que haja de fato uma efetiva representação.

❖ CATEGORIA 3 – Deliberação enquanto formalidade

Em relação a esta categoria, observa-se que, nos últimos anos, a literatura sobre as experiências do processo deliberativo no interior dos Conselhos, em especial com Teixeira (2007) e Cunha (2007), concentrou-se em compreender fatores relacionados ao desempenho institucional e ao caráter deliberativo dessas instâncias.

Se, por um lado, os autores ressaltam a importância do caráter deliberativo dos conselhos para o fortalecimento da gestão democrática, por outro, enfatizam que não se pode encarar a deliberação como uma questão formal. O processo deliberativo depende também da pressão social para que tenha força de realização, e igualmente dependem da pressão social os Conselhos, para que haja efetividade deliberativa. (TEIXEIRA, 2007).

De fato, para o fortalecimento das conquistas no campo da saúde pública, é necessária a presença do coletivo dos movimentos sociais com pressão para respostas às demandas sociais. Nesse sentido, Santos (2000), em relatos sobre a ‘Implantação e funcionamento dos Conselhos de Saúde no Brasil’, menciona que uma das questões surgidas ao longo da prática dos conselhos, em se tratando de controle social, diz respeito ao comportamento das entidades que representam a sociedade civil. Para o autor, a maioria dessas entidades, até mesmo as mais politizadas, a exemplo das centrais sindicais, mudam o seu comportamento, após eleger o representante para ocupar o Conselho Municipal, Estadual ou o próprio Conselho nacional de Saúde.

Tais mudanças de comportamento ocorrem no sentido de que as mobilizações que vinham sendo realizadas pelas entidades em torno de conquistas na área da saúde são reduzidas ou esvaziadas de suas plenárias, ao passo que são delegadas aos conselheiros de Saúde. Por conseguinte, ao ser retirado o tema da saúde da pauta de luta diária, em virtude da delegação a um representante no Conselho, a entidade deixa de fortalecer outros movimentos sociais de pressão e reivindicações de melhorias nas condições de vida da população.

Nessa percepção, as políticas sociais dependem de mobilização e, portanto, não cabe somente ao representante a responsabilidade de fazer todo o trabalho, isto é, não basta pensar que o conselheiro cumprirá sozinho esse papel. O canal do Conselho é importante, porém só enquanto ele operar. Se, por algum motivo, o conselho apresentar fragilidade no que diz respeito aos interesses coletivos, cabe à sociedade civil reivindicar e buscar garantir que o conselho readquira o seu caráter decisório. (BAVA, 2000).

As considerações em relação ao processo de tomadas de decisão e ao potencial deliberativo dos conselhos acima sinalizam para a importância de maior presença de atores

sociais nessas instâncias participativas, inclusive no CMS/JP, tendo por referência os dados apresentados acerca do alto nível de abstenção por parte de representantes da sociedade civil no referido conselho. Porém, embora ocorra, por parte de algumas representações, esvaziamento ou distanciamento desse debate, é também, perceptível a importância dada pelos conselheiros municipais de saúde de João Pessoa-PB ao caráter deliberativo e seu papel nas políticas de saúde no município, como descrito na fala seguinte: “(...) O Conselho não é governo, mas é um órgão de deliberação e que propõe políticas e fiscaliza as ações”. *(Entrevistado(a) 18)*.

No contexto geral de análise desses conselhos, esclarece Monteiro e Fleury (2006), tem sido constatado, nos últimos anos, que o Conselho Municipal de Saúde vem aumentando sua influência no processo de tomada de decisão. Entretanto, destacam que, embora seja um dado importante, ainda se percebem grandes dificuldades no sentido de influência decisória entre os seus integrantes, principalmente com relação à sociedade civil. Em suas palavras: “o Conselho tem mais importância no momento de estabelecer e definir critérios de prioridades do que no momento de elaborar e executar o orçamento”. Desse modo, “pode indicar uma limitação quanto ao caráter deliberativo do conselho, prevalecendo o seu papel consultivo”. (MONTEIRO; FLEURY, 2006, p. 231).

Para análise das deliberações, Fuks (2007), em estudo sobre o CMS de Curitiba, estabeleceu alguns critérios para os diferentes tipos de deliberação no conselho de saúde daquele município. A partir de sua classificação, deliberações consideradas “fortes” seriam resultantes de resoluções ou prestação de contas; as deliberações consideradas “fracas” seriam aquelas com sentido de encaminhamento ou moções; por fim, as intermediárias, no seu estudo, são classificadas como as de “aprovação” de uma proposta. Observando este sistema classificatório, segue abaixo as deliberações do plenário no CMS/JP, período 2008 e 2009:

❖ RECOMENDAÇÕES/2008

- ❖ Recomendação - 01 - 2008
- ❖ Recomendação - 02 - 2008
- ❖ Recomendação - 03 - 2008
- ❖ Recomendação - 04 - 2008

❖ RESOLUÇÕES/2008

- ❖ Resolução - 01 - 2008

- ❖ Resolução - 02 - 2008
- ❖ Resolução - 03 - 2008
- ❖ Resolução - 04 - 2008
- ❖ Resolução - 05 - 2008
- ❖ Resolução - 06 - 2008
- ❖ Resolução - 07 - 2008
- ❖ Resolução - 08 - 2008
- ❖ Resolução - 09 - 2008
- ❖ Resolução - 10 - 2008
- ❖ Resolução - 11 - 2008
- ❖ Resolução - 12 - 2008
- ❖ Resolução - 13 - 2008
- ❖ Resolução - 14 - 2008
- ❖ Resolução - 15 - 2008
- ❖ Resolução - 16 - 2008

De acordo com o Regimento Interno do CMS/JP, as decisões serão consubstanciadas em: Resoluções homologadas pelo gestor da saúde; Recomendações sobre temas específicos, cuja responsabilidade habitualmente não cabe diretamente a esta instância, porém é de relevância e/ou necessária, sendo dirigida ao ator ou atores institucionais de quem se espera ou se pede determinada conduta; resoluções por Moção, por sua vez, devem expressar o juízo do Conselho, sobre fatos ou situações, tendo como finalidade manifestar reconhecimento, apoio, crítica ou oposição. (REGIMENTO INTERNO- CMS/JP/ Lei 11089/2007).

Para fins deste trabalho, buscou-se estabelecer alguns critérios, adequando-os aos tipos de deliberação nesse município. Para tanto, as Resoluções acima apontadas foram subdivididas da seguinte forma: *Aprovação de Relatório* - Resolução: (01), (10); *Aprovação de projeto* - Resolução: (02) (03), (07), (12), (13), (15), (16) *Aprovação de Planos de ações* – Resolução: (04), (05), (06); *Aprovação de propostas* - Resolução (08), *Resolução/Prestação de Contas* – Resolução: (09), (11), (14).

TABELA: 02 – TIPOS DE DELIBERAÇÃO - CMS/JP/2008

	N	%
Resolução/Prestação de Contas	03	15,0
Recomendação	04	20,0
Aprovação	13	65,0
Total	20	100

Fonte: (Elaboração própria) Site oficial: www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/saude/cms/

Diante dos dados expostos e tomando por base classificatória os tipos de deliberação antes anunciadas, predomina-se no CMS/JP as deliberações consideradas intermediárias, isto é, a “aprovação”. Em seguida, as deliberações denominadas, neste trabalho, de modalidade deliberativa “fraca”, ou seja, aqui entendida como recomendação ou encaminhamento. Com pouca expressividade, estão as deliberações que resultaram de resoluções ou em prestações de contas.

Nas análises acima, consideraram-se as deliberações que tratam de assuntos referentes à prestação de contas ou aprovação de pareceres ligados ao Orçamento, entre outras consideradas de modalidades “fortes”. Portanto, uma vez mais, demonstra-se que, embora o CMS/JP seja bem atuante e haja debates em sua plenária, a expressividade desses atores se dá muito mais no plano de ações, no que diz respeito à “vocalização”, do que diretamente no campo do controle das políticas de saúde através das tomadas de decisão desse colegiado.

❖ Tipos de deliberação – CMS/JP/2009:

❖ MOÇÕES/2009

Moção 01 - 2009

Moção 02 - 2009

Moção 03 - 2009

Moção 04 - 2009

Moção 05 - 2009

❖ RECOMENDAÇÕES/2009

Recomendação - 01 - 2009

Recomendação - 02 - 2009

Recomendação - 03 - 2009

Recomendação - 05 - 2009

RESOLUÇÕES/2009

Resolução - 01 - 2009

Resolução - 02 - 2009

Resolução - 03 - Regimento Eleitoral 2009

Resolução - 04 - 2009

Resolução - 05 - 2009

Resolução - 06 - 2009

Resolução - 07 - 2009

Resolução - 08 - 2009

Resolução - 09 - 2009

Resolução - 10 - 2009

Resolução - 11 - 2009

Resolução - 12 - 2009

Resolução - 13 - 2009

Resolução - 14 - 2009

Resolução - 15 - 2009

Resolução - 16 - 2009

Cabe destacar que, das Resoluções referentes ao ano de 2009, subdividem-se da seguinte forma: *Aprovação de Relatório* - Resolução – *Aprovação de projeto*- (01) (02), (08), (09), (13), (14); *Aprovação de Planos de Ações* - (04), (06), (07), (12), (15), (16); *Aprovação de propostas* - (0), *Resoluções/Prestação de Contas* - (03), (05), (10), (11).

TABELA: 03 – TIPOS DE DELIBERAÇÃO - CMS/JP/2009:

	N	%
Resolução/Prestação de Contas	04	16,0
Recomendação	04	16,0
Moção	05	20,0
Aprovação	12	48,0
Total	25	100

Fonte: (Elaboração própria) Site oficial: www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/saude/cms/

Na análise dos dados referentes ao período de 2009, observa-se numericamente maior quantidade de deliberações no CMS/JP, através da presença de modalidade de deliberação (moção), o que não foi constatado no ano anterior (2008). No entanto, quando comparados à prevalência de modalidades deliberativas, percebe-se baixo índice de deliberações consideradas ‘fortes’, com base em alguns dos critérios de estudo de Fuks (2007).

A deliberação do tipo (aprovação) apresenta-se predominantemente tanto em 2008, quanto no ano posterior. De acordo com Fuks (2007), não é de se surpreender, com tamanha presença desse tipo de deliberação nos Conselho de Saúde, pois deliberações dessa ordem (intermediária) têm grande predominância nesses colegiados em virtude da sua própria atuação em fóruns, como as próprias Conferências de Saúde, entre outros.

De todo modo, como ressaltado no decorrer do trabalho, entende-se que, em termos de deliberação, faz-se necessária maior ampliação e aprofundamento cotidiano na luta em favor do SUS e na consolidação dessa representação da sociedade civil enquanto espaços de participação popular e mecanismos de influência decisória de políticas de saúde, que possam, de forma efetiva, garantir melhorias na qualidade dos serviços de saúde prestados à população, resultando em melhores condições do ‘estado de saúde’ do coletivo. Como disse o Dr. Gilson Carvalho (2008), saúde significa “viver mais e viver melhor”.

4.6 - Entre a Normatividade e a Efetividade: O Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa e o “caso do fechamento da Maternidade Santa Maria-PB”

A mortalidade materna é considerada como uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia que, na grande maioria dos casos, poderia ser evitada. Vale enfatizar que a mortalidade materna tem ocorrido com maior frequência, sobretudo, nos países em desenvolvimento. Assim sendo, embora sejam reconhecidos os grandes avanços tecnológicos e científicos na área da saúde, no Brasil, a redução da mortalidade materna e neonatal ainda apresenta-se como um desafio para os serviços de saúde, bem como para toda a sociedade.

Dessa perspectiva, as altas taxas de mortalidade materna, além de constituírem como violação dos direitos humanos das mulheres e das crianças, aponta também para um grave problema de saúde pública, que atinge as regiões brasileiras de forma desigual, prevalecendo frequentemente nas classes sociais com menor acesso aos bens sociais. (BRASIL, 2007).

Conceitualmente, a Morte Materna (Óbito Materno),

É a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais. (BRASIL, 2007, pg. 12).

De acordo com o Manual de Comitês de Mortalidade Materna, publicado pelo Ministério da Saúde, no ano de 2007, o enfrentamento da problemática da morte materna e neonatal implica no envolvimento de vários atores sociais, de modo que possa garantir a execução de políticas nacionais que completem as necessidades locais da população. Logo, “a mortalidade materna, isto é, aquela resultante de complicações diretas e indiretas da gravidez, parto ou puerpério, é um bom indicador da saúde da mulher na população bem como do desempenho dos sistemas de atenção à saúde”. (LAURENTI, 2002, p. 1).

Desse modo, devido à ampliação dos debates em torno dessa temática e à busca pela melhoria na qualidade dos serviços de saúde prestados às mulheres e crianças, o Ministério da Saúde propôs a adoção do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, com adesão também em nível municipal. Assim sendo, no município de João Pessoa-PB, o tema foi trazido para debate e posterior deliberação do CMS/JP, como registrado na Ata da 81ª Reunião Extraordinária do CMS/JP, ano de 2004. Nesta reunião, a Deliberação sobre o

Plano Municipal para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (PROESF/PACTO-2004), que era pauta do dia, foi aprovada por unanimidade pelos Conselheiros municipais de saúde desta capital.

De todo modo, longe de encerrados os debates sobre o assunto, o município tem enfrentado grandes dificuldades com relação à Mortalidade Materna, mais especificamente a partir do fechamento da Maternidade Santa Maria (MSM), que, além de outras questões, desencadeou a superlotação nos demais centros de atendimentos às mulheres em período de gestação em João Pessoa, principalmente, no que se refere ao Instituto Cândida Vargas (ICV). A seguir, serão examinados, de forma mais detalhada, os impactos causados pelo fechamento da Maternidade Santa Maria no município de João Pessoa-PB.

❖ **Descrição e localização da Maternidade Santa Maria (MSM)**

No município de João Pessoa-PB, a rede de serviços de Saúde está distribuída territorialmente em cinco Distritos Sanitários, dentre eles, cabe aqui destacar o Distrito Sanitário III, ao que pertence o bairro de Mangabeira, localizado na Zona Sul da cidade. Mangabeira teve sua fundação em abril de 1983 e atualmente é o bairro mais populoso da capital, com mais de 67 mil habitantes, segundo o Plano Municipal de Saúde de João Pessoa, período 2010-2013. Este foi também um dos vários argumentos apresentados quando das reivindicações para o não fechamento da Maternidade Santa Maria, por ser localizada numa área estratégica, no bairro de maior densidade populacional, com atendimento a sua população e adjacências, como Geisel, José Américo, Bancários, Valentina, entre outros. A Maternidade localizava-se no Complexo Hospitalar Prof. Humberto Nóbrega de Mangabeira.

❖ **“O fechamento da Maternidade de Mangabeira (MSM)”: Da Assistência Obstétrica à superlotação das Maternidades públicas e conveniadas no Município de João Pessoa-PB.**

Segundo o Relatório de Fiscalização do Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba, em vistoria ao Instituto Cândida Vargas (ICV), em 03 de Janeiro de 2008, período anterior ao fechamento da Maternidade Santa Maria, foram registrados indicadores de que aquele estabelecimento de saúde se encontrava em boas condições de higiene-sanitária, com disponibilidade de leitos no momento da vistoria, e apresentava-se como referência no

município para gestações de alto risco, tanto é que acabara também sendo referência estadual. Em decorrência disso, o número de pacientes do ICV era alto, porém não indicava falta de leitos. Concluiu-se, a partir da vistoria, que as condições de trabalho no ICV, no que se refere a equipamentos e instrumentos, apresentavam-se adequadas. Com sua estrutura passando por algumas reformas e construções, relatou-se que, apesar disso, o fluxo de pacientes transcorria de forma normalizada, não havendo redução de números de atendimentos naquela maternidade.

Sobre a disponibilidade ou ampliação de encaminhamento de pacientes de outras maternidades, como foi feito após o fechamento da Maternidade de Mangabeira para aquele estabelecimento de saúde, ao que se percebe, seria inviável, visto que, no Relatório final, é enfatizado o fato da frequente falta de leitos devido ao ICV atender de forma ampliada às pacientes do município e, principalmente, pelo atendimento de gestantes de outras cidades.

Para ilustrar como o fechamento da Maternidade Santa Maria causou enormes impactos no que diz respeito ao atendimento de parto e pós-parto (puerpério), enfim, no que diz respeito à atenção da saúde na gravidez, provocando e agravando diversos problemas na rede hospitalar de João Pessoa, são apresentados dados referentes ao Relatório de Fiscalização do Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba em vistoria ao Instituto Cândida Vargas (ICV), em 05 de Setembro de 2008, que registra a superlotação desse estabelecimento, confirmando os prejuízos causados em decorrência do fechamento da MSM.

Na conclusão, é relatada uma situação incontestável, que é considerada como fator de alto risco no ato da medicina. Por fim, o Relatório indica claramente que a oferta de serviços pela Maternidade Cândida Vargas sofreu um processo de precarização, apresentando o seguinte argumento: “A superlotação aumentou motivada pelo fechamento da Maternidade Santa Maria, situação não compensada pelo aumento de leitos na Maternidade Cândida Vargas”. (CRM-PB, 2008, p. 9). É ainda ressaltado que houve o aumento de leitos, no entanto não ocorreu, por sua vez, o mesmo grau de incremento de plantonistas, o que acarretou a sobrecarga de trabalho.

Além do Instituto Cândida Vargas, outros estabelecimentos também sofreram pelo processo acima destacado de precarização e decorrente superlotação na área de saúde com atendimento à saúde da mulher em período de gestação, como registrado no Relatório de Fiscalização do Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba sobre o Hospital Monte Sinai, apresentado através de ofício em 06 de dezembro de 2008. O documento relata que a Maternidade é privada, porém, após o fechamento da Maternidade de Mangabeira (MSM),

realizou atendimentos através do SUS. Destaca ainda que a Maternidade Monte Sinai atende às parturientes de baixo risco e, de acordo com as informações, recebe pacientes excedentes vindas da maternidade Cândida Vargas e da Frei Damião. Vale enfatizar, a demanda não é espontânea, dispondo de vinte e dois leitos.

Diante dos acontecimentos, nos dias 22 e 26 de agosto de 2008, foi elaborado um Relatório das Visitas Técnicas pela Comissão de Média e Alta Complexidade do Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa-PB sobre as Maternidades do referido município. As constatações decorrentes dessas visitas só vêm reforçar as conclusões sobre o processo de precarização e superlotação das maternidades na capital, com o fechamento da Maternidade de Mangabeira, conforme descrito pela Comissão de Média e Alta Complexidade, composta pelos Conselheiros municipais de saúde desse município.

As visitas foram realizadas nos seguintes estabelecimentos de saúde: a) Hospital Universitário Lauro Wanderley (HU); b) Maternidade Frei Damião; c) Hospital Edson Ramalho; d) Instituto Cândida Vargas (ICV). Em conclusão dessas visitas, a Comissão acima definida concluiu, diante do contexto analisado, que “não houve ampliação de leitos e nem remanejamento significativo de profissionais, que a capacidade física no momento não acomoda os leitos desativados da Maternidade Santa Maria”.

Desse modo, as maternidades visitadas não apresentavam condições de absorver os leitos a elas incrementados, sendo necessária a ampliação e reforma desses estabelecimentos para atender à demanda excedente. No entanto, o respaldo dado pela Comissão foi no sentido de recomendação de que fosse revisto o fechamento da Maternidade Santa Maria, por a demanda de gestantes ser superior à capacidade instalada e pela necessidade da gestão pública garantir à clientela um atendimento a contento, de qualidade e resolutivo.

Ainda sobre o CMS/JP e o debate acerca do fechamento da Maternidade Santa Maria – PB, pode-se visualizar abaixo o quadro apresentando as Atas em que o assunto “Fechamento da Maternidade Santa Maria (MSM)” foi discutido no Conselho.

QUADRO 09: FREQUÊNCIA QUE MOSTRA O ASSUNTO “FECHAMENTO DA MATERNIDADE SANTA MARIA (MSM)”.

Assunto	Atas em que esse assunto foi discutido
“O Fechamento da Maternidade Santa Maria - (MSM)”.	- Ata Ordin. 102^a (Outubro/2007) - Ata Extraordinária 111^a (Junho/2008) - Ata Ordin. 110^a (Julho/2008) - Ata Ordin. 112^a (Setembro/2008) - Ata Ordin. 113^a (Outubro/2008)

Fonte: Elaboração própria, utilizando as Atas do CMS/JP.

A ata de Reunião Ordinária de 04 de Outubro de 2007 traz em pauta a “Discussão sobre Mortalidade Materna, considerando o TAC – Termo de Ajustamento de Conduta firmado pelo Ministério Público Federal entre o Governo Municipal e o Governo Estadual, através de suas secretarias de Saúde”. A reunião contou com a presença de alguns membros externos ao CMS/JP, que tiveram direito à fala para esclarecimentos e informes sobre o tema nas suas instituições. Esteve presentes, nesta reunião, a representantes da MSM, do ICV, da Central de Regulação-SMS, entre outros.

Diante da explanação do assunto no município, recorre-se à fala da representante da MSM, chamando atenção para o fato de que vinha sendo crescente o número de atendimentos da Maternidade de Mangabeira a pacientes vindas de outros municípios, inclusive com casos mais graves de gravidez, demonstrando a necessidade do seu funcionamento e a grande importância dessa maternidade no município.

Em 2007, como ressaltado pela Conselheira representante de Trabalhadores de Saúde, a Maternidade de Mangabeira (MSM), era referência no Distrito Sanitário, como pode ser observado através do registro na ata:

A Conselheira representante de Trabalhadores de Saúde pergunta também em relação à saúde sexual e reprodutiva, uma vez que no Distrito Sanitário a referência para gestante de alto risco é o HU e a Maternidade Santa Maria e pergunta se esses serviços estão sendo disponibilizados. (*Ata 102^a /2007 – CMS/JP*).

Em resposta, a representante da Maternidade Santa Maria diz que, além de outros procedimentos com relação à gestação, aquela ainda realizava o serviço de puericultura, onde o retorno do recém-nascido é agendado para cinco dias ou uma semana após a alta.

❖ (MSM): De referência para gestante de alto risco em 2007 aos impactos do fechamento em 2008

Na Reunião Extraordinária do CMS/JP, em junho de 2008, que teve em pauta a “Discussão, debate e encaminhamentos a respeito dos últimos acontecimentos na saúde do município de João Pessoa (Complexo Humberto Nóbrega; reivindicações de funcionários, etc.)”, o Presidente do inicia a discussão desse item, fazendo ressalvas quanto à função do CMS/JP e como este deve manter o caráter de imparcialidade, segundo ele, como tem sido demonstrado no decorrer dessa gestão.

Sobre o assunto em pauta, ele pontua os fatos trazidos até o momento para o debate em plenário do CMS/JP. De acordo com ele, esses acontecimentos são: a aprovação pelo CMS/JP do PCCV (Plano de Cargos da Secretaria Municipal de Saúde), também levado à Câmara e lá votado; após a aprovação, alguns funcionários procuraram o CMS/JP e reclamaram de perdas salariais; como providência, o CMS/JP solicitou esclarecimentos desse último fato e, sendo constatado erro no sistema de implantação do referido Plano, foi realizada, segundo ele, a correção. Foi também anunciada a inauguração do Complexo Hospitalar Humberto Nóbrega, mas, algum tempo depois, deflagrou-se a greve dos médicos do município, iniciando-se, segundo registro em ata, uma guerra na imprensa entre a categoria médica e a Gestão Municipal.

Diante do exposto, algumas considerações foram evidenciadas, através da leitura da ata, podendo-se constatar que o conjunto de tais acontecimentos, inclusive o fechamento da Maternidade Santa Maria, provocaram debates acirrados entre alguns Conselheiros de Saúde representantes da sociedade civil e a representação governamental em âmbito municipal. Vale destacar, essa reunião é a que apresenta maiores indicadores de discussão sobre o fechamento da Maternidade de Mangabeira (MSM), pelo menos contendo o maior registro do assunto em ata. Abaixo, podem ser analisados alguns registros:

O Conselheiro representante de Trabalhadores de Saúde, afirma que a Maternidade Santa Maria fechou. Fechou por uma decisão da Gestão de recolocar os profissionais da Maternidade Santa Maria para a Maternidade Cândida Vargas. Mas, mesmo assim, esse pessoal que foi relocado pra lá não deixou que a Maternidade Cândida Vargas funcionasse plenamente. (...).
(Ata 111ª/2008-CMS/JP)

O Conselheiro completa a fala argumentando:

(...) É preciso dizer que o não funcionamento da Maternidade Santa Maria, o não funcionamento pleno da maternidade Cândida Vargas está sobrecarregando as outras maternidades existentes na cidade de João Pessoa. Existe uma superlotação do Hospital Universitário. Os pacientes estão sendo postos, depois dos partos e das cirurgias cesarianas, nos corredores. Na maternidade Frei Damião a mesma coisa: lá está sobrecarregado. A maternidade do Edson Ramalho está sobrecarregada. (...). *(Ata 111ª/2008-CMS/JP)*

No momento desse debate, ocorrem opiniões divergentes no sentido de que os acontecimentos recorrentes na saúde desse município advêm de negociações entre a Gestão pública municipal e os profissionais da saúde, sendo que o mesmo representante dos Trabalhadores, em resposta ao presidente do (CMS/JP), apresenta resistência como registrado em ata:

O Conselheiro representante de Trabalhadores diz para o Presidente do CMS/JP: “(...) não venha colocar palavras... eu não disse nada disso aqui... a culpa... é que está havendo uma discussão como você falou, entre a Gestão e os médicos, está havendo uma negociação. E a negociação não evoluiu. Não houve avanço”. *(Ata 111ª/2008-CMS/JP)*

Em plenário, segundo a ordem dos inscritos para fala, outro participante, com representação no segmento de trabalhadores, concorda que a grande falha foi mesmo na articulação. Vale destacar que a abordagem se refere ao problema mais amplo, no sentido da greve dos médicos, e o que parece é que a realocação desses funcionários da MSM esteve vinculada ao posicionamento da Gestão devido ao movimento grevista e à falta de articulação com a categoria, envolvendo uma série de problemas no que se refere à questão da prestação de serviços de saúde no município. De todo modo, há um consenso entre os Conselheiros, ou seja, o de que os maiores prejudicados com todos esses impasses na saúde pública, sem dúvidas, são os usuários de saúde, isto é, a população carente é a que mais sofre com a falta de prestação de serviços de qualidade e resolutivos. Verifica-se isso no registro da ata a seguir:

O Conselheiro representante de Trabalhadores de Saúde vê como questão grave a situação do fechamento da Santa Maria, pois o que se busca no SUS é aumentar o número de leitos e não diminuí-los, pois além de outros problemas que isso trás, quem perde é o cidadão usuário do SUS. *(Ata 111ª/2008-CMS/JP)*

Na opinião da Conselheira representante da Gestão municipal, quanto ao fechamento da Maternidade Santa Maria, o que foi retirado foi o espaço físico, portanto, segundo ela, não houve redução dos leitos. Para tanto, mencionou vários leitos acordados com outros estabelecimentos de saúde, argumentando que não houve perda quantitativa, conforme análise de registro em ata do CMS/JP abaixo:

A Secretaria Municipal de Saúde e Conselheira representante do segmento de Governos em âmbito municipal diz que não se pode fazer melodrama porque o problema de superlotação é um problema que acontece geral em todo o Estado, por conta de encaminhamentos feitos para João Pessoa de situações que poderiam ser resolvidas nos municípios de origem das gestantes, o que é uma falha no Sistema que acarreta ônus para a Gestão. Se a Maternidade vai reabrir é uma questão que ainda está se resolvendo, por conta de responder a uma demanda da Vigilância Sanitária quanto à estrutura física daquela maternidade. (*Ata 111ª/2008-CMS/JP*)

Segundo a ordem dos inscritos para a fala, o representante de Trabalhadores de Saúde faz críticas à Gestão, lembrando que foi proposta, no CMS/JP, a questão de concurso público, para que, após o encerramento do contrato com a cooperativa, os concursados pudessem assumir as vagas deixadas. Isso pode se verificar na fala do Conselheiro abaixo:

A obstetrícia lá do Santa Maria, o que faltou, quando terminou esse contrato, o que *terminou*⁵ foi o planejamento da Secretaria para fazer concurso público... Para quando cessasse o contrato com a cooperativa esse pessoal pudesse assumir lugares deixados pelos cooperados. (...) Se tivesse sido feito esse concurso teria sido evitado esse fechamento da Maternidade Santa Maria e prejudicar o funcionamento da Maternidade Cândida Vargas'. Quanto aos leitos, ele diz que 'a questão não é só colocar os leitos, tem que ter infra-estrutura para funcionar'. (*Ata 111ª/2008-CMS/JP*)

Por fim, a Conselheira representante de Trabalhadores faz o seguinte respaldo:

(...) Pergunta ainda como se dará os plantões dos enfermeiros que estavam lotados na Santa Maria e agora irão para a Cândida Vargas. Louva o espaço dedicado a esse tema no CMS/JP, o que demonstra que o CMS/JP não está sendo omissivo em relação aos fatos que tratam da saúde municipal. (*Ata 111ª/2008-CMS/JP*)

Quanto a essa reunião, encerradas as discussões, um Conselheiro pediu vista de quórum, sendo constatada ausência de quórum estabelecida pelo Regimento Interno desse Colegiado. Não houve votação.

Na ata 110ª da Reunião Ordinária, realizada em 24 de julho de 2008, foram mencionados dois pontos com relação à Maternidade Santa Maria. O primeiro diz respeito aos

⁵ Embora a palavra citada pareça confusa e dificulte a compreensão na frase, foi transcrito igual estava na Ata, assim como em outras passagens de atas do CMS/JP- junho de 2008.

informes dos Conselheiros, onde a representante de Usuários informa aos demais presentes na reunião que, no dia 11 de julho de 2008, o movimento de mulheres esteve em reunião com a Secretária de Saúde e outros para tratar de assuntos sobre a situação da Maternidade Mangabeira (MSM). Comunicou ainda que, desta reunião, resultaram alguns encaminhamentos, dentre eles, que o prédio onde funcionava a referida maternidade não seria ocupado com outros serviços até que a Comissão apresentasse a sua opinião ou decidisse o seu destino. O segundo refere-se a reivindicações de funcionários, assim, um Conselheiro de Trabalhadores defende que deve ser pensada a reabertura da Maternidade de Mangabeira (MSM), tendo em vista a questão do que será feito com os funcionários daquela maternidade. Outra Conselheira comenta que na USF José Américo III, onde trabalha, estão sentindo falta do atendimento da Maternidade Santa Maria, uma vez que a referência de gestantes era para lá, e está muito difícil, com a centralização na Cândida Vargas.

O tema da Maternidade Santa Maria foi ainda mencionado nesta ata, quando, em discussão. Foi levantado o item 3.3 da pauta que se referia à “Apresentação de parecer da Comissão de Acompanhamento dos Instrumentos de Gestão, Orçamentos e Finanças em Saúde – Comissão G.O.F – e aprovação do Relatório de Gestão 2007 da SMS”. Após a leitura do Relatório são feitas algumas ressalvas, como descrito baixo:

(...) O Parecer lido pela Conselheira aponta para um desinvestimento na Maternidade Santa Maria, onde segundo descreve o Parecer “a prova disto é que a mesma se encontra fechada”: Os membros chamaram a atenção para o número de metas apresentadas e não cumpridas, ou de cumprimento insuficiente, segundo o Relatório de Gestão 2007. *(Ata 110ª/2008 - CMS/JP)*

A questão acima descrita é ressaltada por outro Conselheiro, como registrado em ata a seguir:

[...] O Conselheiro representante de Trabalhadores, destaca ainda a opinião da Comissão de desinvestimento na Maternidade Santa Maria, ele diz que parece existir uma ‘previsão do fechamento da maternidade?’ – infere em forma de questionamento. *(Ata 110ª/2008 - CMS/JP)*

Com relação à Ata da 112ª Reunião Ordinária, de setembro de 2008, é constatada a solicitação do Conselheiro representante do segmento de Trabalhadores de Saúde a realização de uma Reunião Extraordinária do CMS/JP para que sejam discutidas as questões relacionadas ao fechamento da MSM e também ao aumento de leitos de UTI neonatais. A conselheira representante de Usuários apoia a realização dessa Reunião Extraordinária, argumentando que é necessária, tendo em vista os resultados do Relatório apresentado no

CMS/JP. Assim, ela reivindica, em caráter de emergência, a reunião para a abordagem do tema.

Já a Ata 113^a Reunião, de outubro de 2008, dentre os informes, ressaltou que a Comissão de Alta e Média Complexidade estava realizando visitas aos estabelecimentos de saúde conveniados, com objetivo de verificar a efetiva atuação dos profissionais de saúde e da Secretaria Municipal de Saúde. Foi comunicado que o caso mais recente das visitas foi na Maternidade Cândida Vargas, buscando apurar se os leitos perdidos, a partir do fechamento da Maternidade de Mangabeira (MSM), foram redistribuídos pelos outros hospitais da rede municipal de saúde.

No que diz respeito às Atas de 2009, estas foram analisadas para apurar se, nesse período, houve debate em termos do fechamento da MSM ou algum encaminhamento de possível reabertura da mesma, porém, sobre o tema, apresentam-se questões relacionadas à superlotação e aos impactos dessa decisão, não havendo registro, nas Atas que correspondem ao mandato daquele ano, referindo-se diretamente à Maternidade Santa Maria.

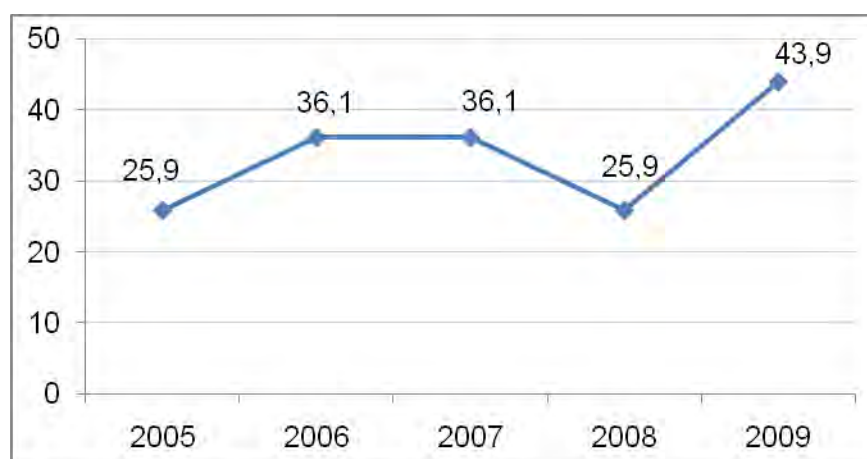
Portanto, na ata da 119^a Reunião Ordinária, de maio de 2009, a representante da Rede Feminista, segundo ordem de inscrição das falas, informou sobre datas e eventos de mobilizações e enfrentamento da mortalidade materna. Comunicou que, no dia 03 de junho de 2008, seria realizado um ato sobre o enfrentamento da mortalidade materna, onde se abordaria a linha da prevenção.

Através da leitura de ata, não foi verificado, nessa reunião, nenhuma abordagem no que diz respeito à Maternidade de Mangabeira (MSM) e, ao processo de seu fechamento; pelo menos o assunto não constava na ata. O mesmo ocorre na outra ata, onde a maternidade Santa Maria não é citada nem existe fala alguma sobre as condições de atendimento no município. Assim, embora haja informes sobre o tema da mortalidade materna na ata da 123^a Reunião Ordinária, de setembro de 2009, não foi descrito nenhuma fala dos conselheiros sobre o “fechamento da MSM”. O mesmo ocorre nas Reuniões Extraordinárias do mesmo ano. Isto é, quando consultadas as atas referentes ao ano de 2009, constatou-se que o assunto não foi debatido em plenário do CMS/JP. Pelo menos, não consta nenhum registro nas atas.

Vale destacar, embora não seja registrado nas pautas e debates sobre o tema de mortalidade materna no município, o Plano Municipal de Saúde (período 2010-2013), indica, através de gráfico, que, nesses últimos anos, as taxas cresceram significativamente no município.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde, “as taxas de Mortalidade Materna-TMM por 100.000 nascidos vivos durante o período de 2005 a 2009 apresentou aumento significativo no ano de 2009”. Por sua vez, argumenta-se que “valor este atribuído ao aperfeiçoamento da Vigilância destes óbitos pela investigação de 100% dos óbitos de mulheres na idade fértil, portanto, todos os óbitos maternos ocorridos foram captados e investigados”. (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE PERÍODO 2010–2013 - SMS/JP). Veja o gráfico abaixo:

FIGURA 01 – Taxa de Mortalidade Materna por 100.000 Nascidos Vivos no município de João Pessoa no período de 2005 a 2009.



Fonte: SIM-SINASC/SMS – JP.

❖ **Incremento populacional e redução de leitos obstétricos no Município de João Pessoa- PB.**

Segundo o entendimento do Presidente da Associação de Obstetrícia e Ginecologia da Paraíba, Dr. Geraldez Tomaz, em texto escrito sobre “*Bom senso na Saúde da Capital*”, em João Pessoa, tem havido um incremento populacional e, ao contrário, o município tem apresentado significativa redução dos leitos obstétricos no que se refere ao atendimento das demandas de serviços, entre outros, de assistência pré-natal em hospitais públicos. Exemplificando a situação caótica apresentada pelo município, ele ressalta que havia leitos de obstetrícia ou de parto no Hospital São Vicente de Paula. O médico cita também os leitos do Hospital Roberto Granville, depois denominado Santa Lúcia e atualmente chamado Monte

Sinai, com dificuldade de convênio com o SUS, além do caso do fechamento da Maternidade Santa Maria, do Complexo Hospitalar Humberto Nóbrega, em Mangabeira.

Portanto, o Dr. Geraldez Tomaz (2008) faz uma crítica quanto aos serviços de saúde oferecidos aos usuários do SUS, mais especificamente, à falta de leitos maternos e às condições precárias disponíveis, afirmando que o fechamento da MSM-JP se deu de forma “inopinada”, sendo surpreendentemente fechada. Ressalta ainda que tal decisão resultou em vários prejuízos, visto que, quando as parturientes de Mangabeira e adjacências procuram atendimento no Complexo Hospitalar, são apenas transmitidas informações de que a maternidade foi fechada e que elas devem procurar outros estabelecimentos de saúde, como o Instituto Cândida Vargas e a Maternidade Frei Damião.

A ressalva acima observada foi evidenciada no estudo, a partir do conjunto de variáveis estabelecidas na pesquisa, como também foram constatadas, através de fiscalização, isto é, de “visitas” às maternidades públicas e conveniadas do município de João Pessoa, no período analisado, por uma equipe composta por Conselheiros Municipais de Saúde, que também confirmaram os grandes prejuízos causados à população feminina devido ao “fechamento da Maternidade Santa Maria- JP”. Diante do exposto, cabe refletir sobre o reconhecimento do papel dessas instâncias participativas do SUS junto ao governo local, uma vez que, por determinação do Conselho Nacional de Saúde, os Conselhos Municipais são mecanismos legítimos do controle social reconhecidos pelos poderes públicos. Está descrito nas atas do CMS/JP ano 2008, ampla mobilização da sociedade civil organizada contra essa tomada de decisão, ou seja, membros de diversos movimentos sociais do bairro de Mangabeira e adjacências, além de outros segmentos, que juntos reivindicaram e se articularam para evitar tal decisão.

Ressalto que tamanhas foram as reivindicações e mobilizações contrárias ao ato da gestão municipal de saúde de João Pessoa, que o próprio Ministério Público também tomou conhecimento dessas reivindicações através de documentação. Não obstante, foram realizadas reuniões com a gestão pública municipal da capital paraibana, que, por sua vez, argumentou que não houve uma perda quantitativa dos leitos maternos. No entanto, o fechamento das instalações da MSM-JP resultou numa tomada de decisão que confrontou a sociedade civil, ferindo completamente as prerrogativas da participação e representação conferidas aos Conselhos de Saúde.

4.7 - Reivindicações e debates acerca do fechamento da Maternidade Santa Maria (MSM), João Pessoa-PB

Dentre as reivindicações pelo não fechamento da MSM-, ressaltou-se o fato de que grande parte da população, mais especificamente, um grande número de mulheres carentes, teria dificuldades e prejuízos os mais diversos, pois a própria locomoção comprometia a renda daquela população. Com isso, dificulta-se o acesso ao acompanhamento pré-natal e de assistência ao parto, podendo resultar no aumento de taxas de mortalidade materna. A falta de informação da população carente também se traduz no elemento fundamental, pois, para muitas parturientes que não dispõem de acompanhante, torna-se difícil o acesso aos estabelecimentos de saúde disponíveis para fazer o seu atendimento.

❖ Articulação e Mobilização para a reabertura da (MSM)

❖ Comunicado à Imprensa

Em 09 de julho de 2008, feministas divulgam nota sobre a sua mobilização, em parceria com outros movimentos sociais, contra o fechamento da Maternidade de Mangabeira (MSM). Entre as principais iniciativas, houve a solicitação de audiência em caráter de urgência com autoridades da prefeitura municipal desta capital, tendo por objetivo discutir a reabertura da maternidade. Também foram comunicados o Ministério Público Federal, o Ministério Público Estadual e o Ministério da Saúde sobre os problemas gerados a partir do fechamento dessa maternidade. Em comunicado à imprensa, o Movimento Organizado das Mulheres da Paraíba, em parceria com outros movimentos sociais, defendia que a medida tomada pela gestão quanto ao fechamento da MSM provocou grandes transtornos e prejuízos à população daquela região e adjacências e também a todas as mulheres que necessitavam daqueles serviços de saúde, ou seja, grávidas, em trabalho de parto, em processo de abortamento ou qualquer outra forma de atendimento relacionado à saúde da mulher.

❖ Ato Público

Foi realizado um ato público no sentido de sensibilizar a gestão para a reabertura da maternidade, contando com apoio de moradores de Mangabeira, dos conjuntos Valentina, Bancários, José Américo, Praia da Penha e adjacências, com determinação da imediata reabertura da MSM. Basicamente, argumentavam que a medida tomada pela gestão prejudicava imensamente mais de trezentas mil pessoas. Entre os argumentos, estava o aumento do caos na rede hospitalar de João Pessoa, a falta de assistência ou a má assistência

em outros estabelecimentos de saúde, que são obrigados a prestar atendimento acima das suas condições e, além disso, a não disponibilização, para algumas gestantes, de exames necessários como ultrassonografia. Participaram do ato entidades como UPAC, FEPAC, MPM, SINDODONTO, ACMM, entre outros.

❖ **Encaminhamento de abaixo assinado**

Datado em 16 de outubro de 2008, foi acionada a MD. Curadora de Defesa dos Direitos da Saúde para reiteração do encaminhamento do abaixo assinado com 2.660 assinaturas ao senhor Prefeito desta capital, considerando a necessidade da reabertura da MSM, tendo sido protocolado no Gabinete do Prefeito em 14 de agosto de 2008. Registrou-se no documento que, até então, não tinha ocorrido nenhuma providência.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cultura democrática tem sido, ao longo do tempo, definida enquanto um elemento determinante para a construção de sociedades que combinem elementos de unidade e diversidade, espaços que estão, cada vez mais, inseridos no universo de pluralidade, de modo que se possam compartilhar direitos e deveres sociais, onde os vários sujeitos sociais possam interagir na dinâmica governamental, propondo e fiscalizando as políticas públicas nas diversas áreas instituídas. No Brasil, a Constituição Federal de 1988 é, sem dúvida, um marco na história dos direitos fundamentais, pois instituiu, além destes, como saúde, os chamados direitos sociais, com a democracia participativa.

Na saúde, com a criação de fóruns como Conselhos de Saúde, procurou-se estabelecer novas formas de gestão da saúde pública. Os Conselhos foram definidos enquanto mecanismos de engajamento da população, com o objetivo de promover maior interação entre governo e sociedade. Nesse sentido, as suas deliberações dos Conselhos de Saúde, por serem instâncias inerentes à estrutura do SUS, em geral, deveriam resultar de amplos debates, articulações e negociações entre os seus integrantes, tendo como objetivo maior a qualidade dos serviços de saúde prestados aos usuários de saúde.

De todo modo, a pesquisa no CMS/JP parte do reconhecimento de que, embora os Conselhos de Saúde sejam orientados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), através de Leis e Resoluções, cada Conselho tem algo de peculiar, no sentido de que cada gestão apresenta ações e estratégias de governos diferentes. Dessa perspectiva, vai depender do desenho institucional do Conselho e da gestão democrática na qual este se encontra e se tem atuação efetiva na produção e fiscalização das políticas públicas de saúde e recursos da saúde pública.

Portanto, no campo da saúde, não se pode negar a discussão mais ampla em torno do papel dessas instâncias participativas, como demonstrado na pesquisa, a partir da reflexão sobre a variação da efetividade dos Conselhos no que se refere ao seu caráter deliberativo para desempenho de suas funções. A pesquisa concentrou-se, portanto, na apreensão dessa reflexão no CMS/JP. Para tanto, utilizou algumas categorias norteadoras na análise do seu estudo, conforme especificadas no decorrer da pesquisa.

As categorias citadas, além de permitirem uma abrangência em termos de caracterização desses órgãos desta capital, também auxiliaram no tratamento dos dados para avaliação final do estudo. As categorias orientadoras no estudo foram:

Princípio de Paridade, evidenciando que atualmente, no CMS/JP, alguns segmentos não têm apresentado a contento a efetiva participação. Em termos numéricos, tendo em vista o quadro amostral de frequência nas reuniões desses conselheiros, nota-se que a questão da paridade tem ficado, muitas vezes, reduzida apenas a uma dimensão numérica. Na verdade, ocorreu grande abstenção por parte de determinados representantes dos segmentos, como verificado acerca dos representantes de Usuários de Saúde nesse município.

Quando abordadas as questões envolvendo a representatividade dos seus membros, no estudo, sendo enfatizada a ideia de se representar com efetividade e qualidade os segmentos que os elegeram, pode-se perceber a fragilidade desse colegiado nas ações referentes à transparência e fiscalização no controle dos recursos direcionados aos serviços da saúde pública municipal. A exemplo disto, destacam-se a falta de regularidade de prestação de contas das ações no CMS/JP e a forma da escolha dos Conselheiros por vários segmentos do Conselho, entre outros, demonstrando também fragilidade representativa..

Desse modo, a pesquisa demonstra que se faz constante o desafio de avançar democraticamente na participação dos Conselheiros de saúde, no âmbito da articulação, negociação e influência decisória para que se torne possível, no município de João Pessoa, a efetiva função deliberativa do CMS/JP, já que, como bem demonstrou o trabalho, através das suas deliberações este órgão não tem apresentado efetivamente influência na produção e controle da política pública de saúde, conforme analisado no estudo de caso do “fechamento da Maternidade Santa Maria (MSM)”.

Ainda nessa perspectiva, vale enfatizar que, embora não seja declarado estado de cooptação, as falas de alguns Conselheiros demonstram que sua atuação esbarra algumas vezes em questões mais complexas, de ordem política e de interesses segmentários. Outro ponto a ser destacado é que o acompanhamento das políticas públicas deliberadas no CMS/JP pelos Conselheiros municipais de saúde não tem se apresentado de forma ampla, conforme ressaltam alguns entrevistados, não sendo hábito constante a fiscalização após a deliberação no CMS/JP. Além disso, é pública e notória a necessidade de maior publicização das decisões relacionadas à saúde no âmbito municipal, uma vez que os próprios Conselheiros ressaltam muitas o desconhecimento da população sobre debates e as deliberações do Conselho.

Outro elemento também destacado no estudo relaciona-se à grande abstenção da participação de alguns membros do Conselho, através da verificação de quórum nas reuniões do CMS/JP, conforme ressaltado anteriormente.

Enfim, o que se observa é que este colegiado, assim como outros, tem atuado no sentido de proposição, mas o mesmo não ocorre no aspecto deliberativo, o que se apresenta como a maior dificuldade. Podemos tomar como exemplo os dados indicados nas tabelas anteriormente discutidas sobre o ‘tipo de deliberação’, nos anos de 2008 e 2009.

Respectivamente, predominam as deliberações consideradas intermediárias no CMS/JP, isto é, a “aprovação”, seguidas de deliberações denominadas, neste trabalho, de modalidade deliberativa “fraca”, ou seja, aqui entendido como recomendação ou encaminhamento com pouca expressividade, como as que resultaram de resoluções ou prestações de contas.

Portanto, ratifico que o CMS/JP tem atuado de forma muito mais propositiva do que deliberativa. A partir as análises quanti-qualitativas, nesse estudo, nota-se que este colegiado tem refletido grande fragilidade em desempenhar o seu papel deliberativo, ou seja, a representação dos segmentos se dá muito mais no plano de ações, no que diz respeito à “vocalização”, do que na efetiva deliberação sobre políticas de saúde adotadas pelo município. Dito de outra maneira, a expressividade desses atores no processo de tomada de decisão do CMS/JP apresenta-se de forma tímida, quando se refere aos assuntos polêmicos e debates de interesse político e social. Em suma a participação desses representantes ainda não resulta em maior influência decisória no “jogo democrático” e direcionamento de recursos da saúde nesse município. É certo que no CMS/JP ainda ocorre grande fragilidade deliberativa e grandes dificuldades de atuação, que refletem diretamente no seu processo decisório.

REFERÊNCIAS

ABENSOOR, Miguel. 1998. **A democracia contra o Estado: Marx e o momento maquiaveliano**; Prefácio de Olgária C. F. Matos, tradução de Cleonice PB Mourão, Consuelo F. Santiago, Eunice D. Galéry - Belo Horizonte: Ed. UFMG.

ABRANCHES, Mônica. AZEVEDO, Sérgio. 2004. A capacidade dos conselhos setoriais em influenciar políticas públicas: realidade ou mito?"In SANTOS JÚNIOR, Orlando Alves dos; RIBEIRO, Luiz C. de Queiroz; AZEVEDO, Sérgio de (orgs). Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. Rio de Janeiro, Revan, Fase, p. 161-191.

ALEXANDRE, 2003. Maria das Graças. **A atuação dos conselheiros de saúde: estratégias e práticas**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2003.

ALVES-MAZZOTI, 1999. Alda Judfith; GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O método em ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2. ed. São Paulo: Pioneira.

ANSELM, Strauss, CORBIN, Juliet. 2008. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2ed. Porto Alegre: Artmed.

ARATO, Andrew. 2002. **Representação, soberania popular e accountability**. *Lua Nova*: revista de Cultura e Política, CEDEC, n. 55/56.

_____. 1995. **Ascensão, declínio e reconstrução do conceito de sociedade civil – orientações para novas pesquisas**. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 10(27): 18-27.

ARRETCHE, M. 2000. **Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo**. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 14, n. 40, p. 111-141, jun.

AVRITZER, L. 1996. "Cultura política, atores sociais e democratização: uma crítica às teorias da transição para a democracia", in L. Avritzer, **A moralidade da democracia**, São Paulo/Belo Horizonte, Perspectiva/UFMG.

_____. 2008. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. **Opin. Publica** v.14 n.1 Campinas jun.

_____. 2002. Modelos de deliberação democrática: uma análise do orçamento participativo no Brasil. In: Santos BS, organizador. **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; p. 561-97.

_____. 2003. O orçamento participativo e a teoria democrática: um balanço crítico. In: Avritzer L, Navarro Z, organizadores. **A inovação democrática no Brasil**. São Paulo: Cortez Editora; p. 13-60.

AVRITZER, Leonardo (Org.), 2007. **A participação Social no Nordeste**. Belo Horizonte: UFMG.

AVRITZER, Leonardo (coord.). **Sociedade civil e democratização**. Belo Horizonte: Del Rey, 1994.

_____. 1996. **A moralidade da democracia: ensaios em teoria habermasiana e teoria democrática**. São Paulo: Perspectiva; Belo Horizonte: Editora da UFMG, 1996.

AVRITZER, Leonardo; COSTA, Sergio. 2004. **Teoria crítica, democracia e esfera pública: concepções e usos na América Latina**. DADOS: revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 47, n. 4.

AVRITZER, Leonardo; SANTOS, Boaventura de Sousa. Introdução: para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, Boaventura de Sousa (org.). 2005. **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

BAQUERO, Marcello. 2003. Construindo uma outra sociedade: o capital social na estruturação de uma cultura política participativa no Brasil. **Rev. Sociol. Polit.**n.21Curitiba nov.

_____, 2001. Cultura política participativa e desconsolidação democrática: reflexões sobre o Brasil contemporâneo. **São Paulo Perspec.**v.15n.4.São Paulo out./dez.

BARROS, Elizabeth Diniz. 1998. **Os Conselhos de Saúde e a responsabilidade cidadã**. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 18-19.

BAVA, Sílvio Caccia. 2000. Sistematização 2, Os Conselhos como instrumentos da sociedade civil. In: CARVALHO, Maria do Carmo A. A.e TEIXEIRA, Ana Cláudia C. (orgs). **Conselhos Gestores de Políticas Públicas**. São Paulo: Pólis,

_____. 1994. O controle Social e o Processo de Descentralização dos Serviços de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Incentivo à participação popular e o controle social no SUS**. Brasília.

BECKER, Howard S. 1994. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. 2 edição, Edit. Hucitec. São Paulo.

BOBBIO, Norberto. 2000. **O Futuro da Democracia**. 7. ed. rev. e ampliada. São Paulo: Paz e Terra.

_____. (1987), **Estado, governo, sociedade; por uma teoria geral da política**. Rio de Janeiro, Editora Paz e Terra.

_____. 1996. **Liberalismo e Democracia**. São Paulo: Brasiliense.

_____. (1983), **qual socialismo? Debate sobre uma alternativa**. Rio de Janeiro, Editora Paz e Terra.

BOBBIO, Norberto et al. 1998. **Dicionário de Política**. 11. ed. Brasília: UNB.

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. 2005. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC* Vol. 2 nº 1 (3), janeiro-julho- [Santa Catarina], p. 68-80.

BOUDON, Raymond. 1989. ***Os Métodos em Sociologia***. Edit. Ática. São Paulo.

BRASIL. 2001. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. ***Sistema Único de Saúde***: Constituição Federal. CONASEMS - Publicações Técnicas, outubro.

BRASIL. 2007, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. ***Legislação Estruturante do SUS***. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, VOL. 12), Brasília: CONASS.

BRASIL, 2008. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. ***Plenárias nacionais de conselhos de saúde***: relatórios finais XII e XIV. Brasília: editora do Ministério da Saúde. 92 pg. (Série D. Reuniões e Conferências).

BRAVO, Maria Inês Souza. 2007. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA. Potyara Amazôneide. (orgs.). ***Política social e democracia***. 3. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ. Cap. 2, p.43-65.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. 2007. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA. Potyara Amazôneide. (orgs.). ***Política social e democracia***. 3. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ. Cap. 9, p.197-215.

BRINGEL, Breno; ECHART Enara. 2008. Movimentos sociais e democracia: os dois lados das "fronteiras". ***Cad. CRH*** vol.21 nº.54 Salvador set./dez.

CALDERON, A. I. 2000. ***Democracia local e participação popular: a lei orgânica paulista e os novos mecanismos de participação popular em questão***. São Paulo: Cortez.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. 2006. Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública. ***Revista Serviço Social e Sociedade***, São Paulo, v.26, n 87, p.132-146, Edição Especial.

CAMPOS, J. Q. 1988. ***Saúde em concordata***. São Paulo: LTR.

CARVALHO, Antônio Ivo de. 1995. Participação e controle social em saúde: recapitulando idéias e práticas. In: CARVALHO, Antônio Ivo de. ***Conselhos de Saúde no Brasil: Participação Cidadã e Controle Social***. Rio de Janeiro: FASE / IBAM. p. 8-28.

_____.1995. *Conselhos de Saúde no Brasil: Participação Cidadã e Controle Social*. Rio de Janeiro: ***Instituto Brasileiro de Administração Municipal/FASE***.

_____. 1997. Conselho de Saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, S. (org.). ***Saúde e democracia: a luta do CEBES***. São Paulo: Lemos.

_____. 1998. Os Conselhos de Saúde, Participação Social e Reforma do Estado. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 23 - 25.

CARVALHO, Maria do Carmo A.A.; TEIXEIRA, Ana Cláudia. (orgs.) 2000. Conselhos Gestores de Políticas Públicas. São Paulo, Pólis.

COELHO Vera. Schattan. R. P. 2007. 2007. A democratização dos Conselhos de Saúde: o paradoxo de atrair não aliados. **Novos estud.** - CEBRAPn.78São Paulo.jul.

_____. 2004. Conselhos de Saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando. In: Coelho VSP, Nobre M, organizadores. **Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Ed. 34; p. 255-69.

COELHO, Vera. Schattan. R. P. e VERISSIMO, J. 2004. Considerações sobre o processo de escolha dos representantes da sociedade civil nos conselhos de saúde em São Paulo. In: AVRITZER, Leonardo. (ed.). **Participação em São Paulo**. São Paulo: Unesp.

COHN A. 1995. **Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil**. In: Laurell AC, organizadora. Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo: Cortez Editora/Centro de Estudos de Cultura Contemporânea; p. 225-44.

_____. 2003. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. **Ciênc. saúde coletiva** v.8 n.1 Rio de Janeiro.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo e JACOBI, Pedro. 1993. Participação popular e gestão de serviços de saúde: um olhar sobre a experiência do município de São Paulo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 38, p. 90-93.

CORREIA M.V. 2000. **Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento**. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro.

CORTES, S. M. V. 1998. Conselhos Municipais de Saúde: a possibilidade de os usuários participarem e os determinantes da participação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. III, n. 1, p. 6-17.

_____. 2009. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. **Cad. Saúde Pública** vol.25 nº. 7 Rio de Janeiro jul.

_____. 1996. As origens da participação na área da saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 51, p. 30-37.

_____. 1998. Conselhos Municipais de Saúde: Avaliações Otimistas e Pessimistas. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 33 – 35.

_____. 2002. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 4, n. 7, p. 18-49.

_____. 2005. Céticos e esperançosos: perspectivas da literatura sobre participação e governança. Porto Alegre, janeiro.

_____. 1996. Fóruns participatórios na área de saúde: Teorias do estado, participantes e modalidades de participação. **Revista Saúde em Debate** 49/50, p.73-79.

_____. 2002. "Participação de usuários nos conselhos municipais de saúde e de assistência social de Porto Alegre". In: PERISSINOTTO, e FUKS, M. (Orgs.). **Democracia, teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

_____. 2004. Arcabouço institucional e participação em conselhos municipais de saúde e assistência social. In: JUNIOR, Orlando A. dos Santos; RIBEIRO, Luiz Cesar de Queiroz; AZEVEDO, Sergio de. (orgs.). **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, Fase. Cap. 7, p.249-286.

CORTES, Soraia Vargas; GUGLIANO, Alfredo. 2010. Entre neocorporativistas e deliberativos: uma interpretação sobre os paradigmas de análise dos fóruns participativos no Brasil. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 12, n^o 24, mai./ago. p. 44-75.

COSTA, N. R., 1994. Políticas públicas, direitos e interesses: reforma sanitária e organização sindical no Brasil. **Revista de Administração Pública**, 28: 5-17.

COSTA, Ana Maria; NORONHA. José Carvalho de. 2003. Controle Social na Saúde: construindo a Gestão Participativa. **Saúde em Debate**- Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Rio de Janeiro; v. 27 n^o 65 Set./Dez. p. 358-363.

COSTA, Vanda Maria Ribeiro. 2007. Teoria democrática e conselhos de política social. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA. Potyara Amazôneide. (orgs.). **Política social e democracia**. 3. Ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ. Cap. 4, p.87-111.

COUTINHO, Carlos Néelson. (1996), **Marxismo e Política: a dualidade de poderes e outros ensaios**. São Paulo, Editora Cortez.

_____. (2000), **Contra a corrente: ensaios sobre democracia e socialismo**- São Paulo, Ed. Cortez.

_____. (2006), **Intervenções: o marxismo na batalha das idéias**- São Paulo, Ed. Cortez.

CHAUÍ, Marilena. 1993. Representação ou Participação. In:_____. **Cultura e Democracia: O discurso competente e outras falas**. 6. ed. São Paulo: Cortez.

COZBY, Paul C. (2003), **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. São Paulo, Ed. Atlas.

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

_____. 2007. **O potencial dos conselhos de políticas públicas e Orçamento participativo para o potencial democrático**. In: DAGNINO, Evelina e TATAGIBA, Luciana (Orgs.). Chapecó: Argos.

DAGNINO, Evelina (org.). 2002. *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

DALLARI, Dalmo. 1984. *O que é participação política*. São Paulo: Brasiliense.

DAL POZ, Mario Roberto e PINHEIRO, Roseni. 1998. A Participação dos Usuários nos Conselhos Municipais de Saúde e seus Determinantes. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 28 - 30.

DENZIN, Norman. K. 1978. The research act: a theoretical introduction to sociological methods. 2 ed. Nova York: McGraw-Hill, 1978.

DOWNS, A. 1999. *Uma teoria econômica da democracia*. São Paulo: USP

DELUIZ, NEISE. 1995. Formação do Sujeito e a questão democrática em Habermas. *Boletim Técnico do Senac* - v. 21, n. 1, jan./abr.

DEMO, Pedro. 1999. *Participação é conquista*. 4. ed. São Paulo: Cortez.

DRYZEK JS. 2004. Legitimidade e economia na democracia deliberativa. In: Coelho VSP, Nobre M, organizadores. *Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Ed. 34. p. 41-62.

ESCOREL, Sarah. 1998. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

FARIA, Cláudia Feres. 2007. “Sobre os determinantes das políticas participativas: a estrutura normativa e o desenho institucional dos Conselhos Municipais de Saúde e de Direitos da Criança e do Adolescente no Nordeste”. In: AVRITZER, Leonardo (org.). *A participação Social no Nordeste*. Belo Horizonte: UFMG. p. 111- 133.

FARIA, José Eduardo Campos de Oliveira. 1984. *Retórica política e ideologia democrática: a legitimação do discurso jurídico liberal*. Rio de Janeiro: Graal.

FREITAG, B. 1993, *Habermas e a Filosofia da Modernidade*. Perspectivas, São Paulo, v. 16, p. 23-45.

FUKS, M. 2002. 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.

_____. 2005. Participação e Influência Política no Conselho Municipal de Saúde de Curitiba. *Revista de Sociologia e Política*. Curitiba Nº 25, p. 47-61.

_____. 2007. Contexto, regras e efetividade deliberativa: Considerações a respeito dos conselhos de Curitiba. In: AVRITZER, Leonardo (orgs.). *A participação Social no Nordeste*. Belo Horizonte: UFMG. p. 255-270.

FUKS M.; PERISSINOTTO Renato. 2006. Recursos, decisão e poder: conselhos gestores de políticas públicas de Curitiba. **Rev. bras. Ci. Soc.**v.21n.60 supl.60 São Paulo.fev.

FUKS, M.; PERISSINOTO, R. M. & RIBEIRO, E. A. 2003. Cultura política e desigualdade: o caso dos conselhos municipais de Curitiba. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 21, p. 125-145, Nov.

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

GOHN, Maria da Glória. 2004. OS Conselhos municipais e a gestão urbana. In: JUNIOR, Orlando A. dos Santos; RIBEIRO, Luiz Cesar de Queiroz; AZEVEDO, Sergio de. (orgs.). **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, Fase. Cap. 2, p.57-93.

GOHN, Maria da Glória. 2002. Papel dos conselhos gestores na gestão pública. **Informativo Cepam**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 7-15, mar.

_____. 2001. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. São Paulo: Cortez, (Coleção questões da nossa época, 84).

_____. 1997. **Teoria dos Movimentos Sociais**. São Paulo: Loyola.

_____. 1990. Conselhos Populares e participação popular. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, Cortez, v. IX, n. 26, p. 25-47.

_____. 2001. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. São Paulo: Cortez, (Coleção questões da nossa época, 84).

GONÇALVES, Maria de Lourdes e ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. 2002. Construindo o controle social e a cidadania em uma experiência concreta: o conselho municipal de saúde (CMS) de Ribeirão Preto (SP). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 61, p. 167-175.

GONZAGA, Rosalba M. M. 2008. **Práticas de Representação, Participação e Controle Social nos Conselhos Municipais de Saúde. Um estudo de caso em João pessoa – PB**. (Monografia apresentado á Coordenação de Ciências Sociais) - Programa de graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2008.

GÜNTHER, Hartmut. 2006. Pesquisa qualitativa *versus* pesquisa quantitativa: esta é a questão? Scielo. Revista de Psic.: Teor. e Pesq. Vol.22 n^o. 2 Brasília May/Aug.

HABERMAS, Jürgen. (2003), **Direito e Democracia entre facticidade e validade Vol I**. Rio de Janeiro. Tempo Brasileiro.

_____. 2003, **Direito e Democracia entre facticidade e validade Vol II**. Rio de Janeiro. Tempo Brasileiro.

_____ (1997), **Mudança estrutural da Esfera Pública**. Rio de Janeiro. Tempo Brasileiro.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. João Pessoa – PB, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 05 de junho 2011.

KUSCHNIR, K. & CARNEIRO, L. P. 1999. As dimensões subjetivas da política: cultura política e antropologia da política. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 24, p. 227-250.

JACOBI, Pedro. 1993. **Movimentos sociais e políticas públicas**. São Paulo: Cortez.

JOÃO PESSOA. 2011a. Secretaria de Saúde. **A Secretaria**. Disponível em: <<http://www.joãopessoa.pb.gov.br/secretarias/saude>>. Acesso em: 13 de maio. 2011.

JOÃO PESSOA. Secretaria Municipal de Saúde. 2011b. **Informações sobre o conselho municipal de saúde**. João Pessoa 15 abril.

JOÃO PESSOA. 2000. Regimento interno do conselho municipal de saúde de João Pessoa – PB. **Semanário oficial do município**, João Pessoa, 22 a 28 abr.

JOÃO PESSOA. 2010. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de saúde de João Pessoa – PB. (20101- 2013)João Pessoa, 22 a 28 abr.

SANTOS JUNIOR, Orlando A. dos; RIBEIRO, Luiz Cesar de Queiroz; AZEVEDO, Sergio de. (orgs.). 2004. **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, Fase.

_____. 2004. “Democracia e gestão local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil.” In: **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, Fase; p. 11-55.

JUSTINO FILHO, José. 2006. **A reinvenção do controle social na gestão de políticas públicas: o caso dos conselhos municipais de saúde da Paraíba**. 2006. 326f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Centro de Humanidades, Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. 2006. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI. 2008. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7ed. São Paulo: Atlas.

LAMOUNIER, B. & SOUZA, A. 1991. **Democracia e reforma institucional no Brasil: uma cultura política em mudança**. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 311-347.

LASSWELL, Harold Dwight; KAPLAN, Abraham. 1998. **Poder e Sociedade**. Tradução de Maria Lucy Gurgel Valente de Seixas Corrêa. 2. ed. Brasília: UNB.

LAURENTI, Ruy, 2002. Mortalidade Materna nos países Subdesenvolvidos ou em Desenvolvimento. Assoc. Med. Bras. Vol.48 nº. 01 São Paulo Jan./Mar.

LAVALLE A.G. 2003. Sem pena nem glória: o debate sobre a sociedade civil nos anos 1990. **Novos Estudos** CEBRAP; 66:91-109.

LEI 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. Diário Oficial da União; 28 dez.

LEVCOVITZ E, Lima LD, Machado CV. 2001. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc. Saúde Coletiva**; 6:269-91.

LIMA, Juliano de Carvalho. 2003. Descentralização e Accountability em uma Região de Saúde. **Saúde em Debate**- Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Rio de Janeiro; v. 27 nº 65 Set./Dez. p. 221-233.

LUBAMBO, Cátia W. e COUTINHO, Henrique G. 2004. Conselhos gestores e o processo de descentralização. **São Paulo Perspec.**v.18n.4São Paulo. Out./dez.

LUCAS, John Randolph. 1985. **Democracia e Participação**. Tradução de Cairo Paranhos Rocha. Brasília: UNB, (Coleção Pensamento Político, 69).

LÜCHMANN, Lígia H. Hahn. 2007. A representação no interior das experiências de participação. **Lua Nova**: Revista de Cultura e Política n.70 São Paulo.

_____. 2002. Os conselhos gestores de políticas públicas: desafios do desenho institucional. São Leopoldo, **Ciências Sociais UNISINOS**, v.38, n.161, julho/dezembro 2002, p.43-79.

LUZ, M. T. 1991. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" anos 80. **Revista de Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 1, n. 1.

MARTES, Ana C. B. 1990. **A institucionalização dos movimentos de reivindicação urbana** - As secretarias de saúde e a participação popular (1979-1989). M.S. diss., Universidade de São Paulo.

MEDEIROS, Marcelo de Almeida. 2008. Legitimidade, democracia e *accountability* no Mercosul. **Rev. bras. Ciên. Soc.** v.23 n.67São Paulo jun.

MELLO, M. A. 2002. **Reformas constitucionais no Brasil: instituições políticas e processo decisório**. Rio de Janeiro: Revan.

MENDES, A. N. 2002. Gestão descentralizada das políticas sociais e a democracia local. **Informativo Cepam**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 17-20, mar.

MENDES, Denise C. V. Ramos. 2007. Representação política e participação: reflexões sobre o déficit democrático. **Rev. Katálisis** v.10 n.2 Florianópolis jul./dez.

MIGUEL, Luis Felipe. 2002. A Democracia domesticada: bases antidemocráticas do pensamento democrático contemporâneo. **DADOS: revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 45, n.3.

_____. 2005. Impasses da accountability: dilemas e alternativas da representação política.(Dossiê democracias e autoritarismos democracias). **Rev.Sociol. Polit.** N.25 Curitiba nov.

MILANI, Carlos R. S. 2006. Políticas públicas locais e participação na Bahia: o dilema gestão versus política. **Sociologias** n.16 Porto Alegre Jul./dez.

MILL, Stuart. 1963. **Da Liberdade**. São Paulo: IBRASA.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. 2000. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em Saúde**. 7 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco.

MOISÉS, 1990. José A. **Cidadania e participação** - Ensaio sobre o plebiscito, o referendo e a iniciativa popular na nova Constituição. São Paulo: Marco Zero.

_____. 1995. **Os brasileiros e a democracia**: bases sócio-políticas da legitimidade democrática. São Paulo: Ática.

_____. 2008. Cultura política, instituições e democracia: lições da experiência brasileira. **Rev. bras. Ci. Soc.** v.23 n.66 São Paulo. Fev.

MONNERAT, Giselle Lavinias; SENNA, Mônica de Castro Maia; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. 2007. Tendências atuais da descentralização e o desafio da democratização na gestão da saúde. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA. Potyara Amazoneide. (orgs.). **Política social e democracia**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ. Cap. 3, p.67-85.

MONTEIRO, Maria Gabriela; FLEURY, Sônia. 2006. Democracia deliberativa nas gestões municipais de saúde: um olhar sobre a importância dos conselhos municipais de saúde nas gestões. *Revista: Saúde em Debate*, Rio de Janeiro. V. 30, nº 73/74, p. 219-233, maio/dez.

MOREIRA, M. T. V. 2002. Instância deliberativa das políticas públicas de cunho social: contorno jurídico dos conselhos. **Informativo Cepam**, São Paulo, v. 1, n. 3, p.20-26, mar.

MOURA, S. 1998. Inovações municipais no Brasil recente. Impulsos de democratização e crise. In: FACHIN, R. & CHANLATIN, A. (orgs.). **Governo municipal na América Latina : inovações e perplexidades**. Porto Alegre: UFRGS.

NEGRI, Antônio; HARDT, Michael. 2005. **Multidão: Guerra e Democracia na era do império**. Rio de Janeiro: Record.

NOGUEIRA, Marco Aurélio; 2005. **Um Estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática**. São Paulo: Cortez.

OLIVEIRA, Valdir de Castro. 2004. Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. **Saúde soc.** v.13 n.2 São Paulo. Maio/ago.

PAIM, Jair Nilson S. 1989. As políticas de saúde e a conjuntura atual. **Espaço para a Saúde** 1 (Março), p.18-24.

PATEMAN, Carole. 1992. **Participação e teoria democrática**. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

PEREZ, Marcos Augusto. **A administração pública democrática: institutos de Participação Popular na Administração Pública**. Belo Horizonte: Fórum, 2004.

PETER, Evans. 2003. Além da "Monocultura Institucional": instituições, capacidades e o desenvolvimento deliberativo. **Sociologias** n.9 Porto Alegre. Jan./jun.

PIRES, Roberto. 2007. Instituições participativas e gestão municipal no Nordeste: Uma análise dos efeitos da participação sobre as práticas de governo. In: AVRITZER, Leonardo (orgs.). **A participação Social no Nordeste**. Belo Horizonte: UFMG. p. 163- 189.

POGREBINSCHI, Thamy. 2007. O enigma da democracia em Marx. **Rev. bras. Ci. Soc.**v.22 n.63 São Paulo. Fev.

PRESOTO, Lucia Helena, WESTPHAL, Márcia Faria. 2005. A participação social na atuação dos conselhos municipais de Bertioğa – SP. **Saúde soc.** v.14 n.1 São Paulo. Jan./ Abr.

RESOLUÇÃO nº 33 de 23 de dezembro de 1992. Aprova o documento Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

RESOLUÇÃO nº 333 de 4 de novembro de 2003. A prova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Diário Oficial da União, 2003; 4 dez. nº 236, seção 1; p. 57, col.v.

RIBEIRO, José Mendes. 1994. O SUS e o desafio neocorporativo. **Saúde em Debate**, p. 44:4-8.

_____. 1996. Estruturas tecno-burocráticas e instâncias colegiadas no SUS: uma abordagem dos fundamentos da política setorial. In: **Política de Saúde e Inovação Institucional: Uma Agenda para os Anos 90** (N. R. Costa & J. M. Ribeiro, orgs.), pp.51-68. Rio de Janeiro: Secretaria de Desenvolvimento Educacional/Escola Nacional de Saúde Pública.

_____. 1997. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 81-92, jan.-mar.

- ROUSSEAU, 2005. Jean Jaques. **Do Contrato Social**. São Paulo: Martins Claret.
- SAMPIERI, Roberto H, COLLADO, Carlos F, LUCIO, Pilar B. 2006. Metodologia de Pesquisa. 3 ed. São Paulo: McGraw-Hill.
- SANTOS MAB, Gerschman S. 2006. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Rev Bras Ciênc Soc**; 21:177-90.
- SANTOS, Boaventura de Sousa (org.). 2005. **Democratizar a democracia**: os caminhos da democracia participativa. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- SARTORI, Giovanni. (1994), **A Teoria da Democracia Revisitada. Vol. I- O debate contemporâneo**. São Paulo, Editora Ática.
- _____. (1965), **Teoria democrática**. Lisboa, Editora Fundo de Cultura.
- Silva IF. 2004. O processo decisório nas instâncias colegiadas do SUS e o controle social no Estado do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**; 18(67): 130-9.
- SCHNEIDER, Aaron. 2005. Conflito político e instituições orçamentárias: aprofundando a democracia no Brasil. Rev. **Sociologia e Política** n.24 Curitiba. Jun.
- SOUSA, Fernando de; 2006. A democracia, face política da globalização? **Rev. bras. polít. int.** v.49 n.1 Brasília Jan./Jun.
- SOUSA, Rosângela Maria Sobrinho. 2003. Controle social em saúde e cidadania. **Serviço Social e Cidadania**, São Paulo: Cortez, ano XXIV, n.74, jul.
- SCHUMPETER, Joseph. 1984. **Capitalismo, socialismo e democracia**. Zahar Editores.
- TATAGIBA, Luciana. 2002. Os Conselhos Gestores e a Democratização das Políticas Públicas no Brasil. In: DAGNINO, Evelina. (orgs.). **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra. Cap. 3 p. 47-103.
- _____. 2004. Institucionalização da participação: os conselhos municipais de políticas públicas na cidade de São Paulo. In: Avritzer L, organizador. **A participação em São Paulo**. São Paulo: Editora UNESP; p. 323-70.
- _____. 2005. Conselhos gestores de políticas públicas e democracia participativa: aprofundando o debate. Curitiba, **Revista Sociologia e Política**, n.25, nov. 2005. Resenha impressa via internet. 6 p.
- TELLES, V. S. 1994. Sociedade civil, direitos e espaços públicos. In: VILLA-BÔAS, R. (Org.). **Participação popular nos governos locais**. São Paulo: Polis. v.14, p. 43-53.
- _____. 1999. **Direitos sociais: afinal do que se trata?** Belo Horizonte: Ed. da UFMG.
- TENDLER, Judith. 1998. **Bom Governo nos Trópicos**. Rio de Janeiro Revan, Brasília DF: ENAP.

- TEXEIRA, Elenaldo Celso. 1996. Movimentos sociais e conselhos. **Cadernos abong** 15. jul.
- _____. 2001. *O local e o global limites e desafios da participação cidadã*. 2ª ed. São Paulo (SP): Cortez.
- _____. 2000. Conselhos de Políticas Públicas: Efetivamente uma nova institucionalidade participativa? In: CARVALHO, Maria do Carmo A. A. e Teixeira, Ana Cláudia C. (orgs.). **Conselhos Gestores de políticas públicas**. São Paulo: Pólis, (publicações 37), p. 97-119.
- TRIOLA, Mário F. 2008. *Introdução à estatística*. 10 ed. Rio de Janeiro: LTC.
- TÓTORA, Silvana; CHAIA, Vera. 2004. Conselhos municipais e a institucionalização da participação política: a Região Metropolitana de São Paulo. In: JUNIOR, Orlando A. dos Santos; RIBEIRO, Luiz Cesar de Queiroz; AZEVEDO, Sergio de. (orgs.). **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, Fase. Cap. 5 p. 193-222.
- UGA, Maria Alicia. 1991. Descentralização e Democracia: o outro lado da moeda. Planejamento e Políticas Públicas, **Brasília, n.5**, p.87-104, jun.
- VALLA, Victor Vincent. 1998. Comentários a "Conselhos Municipais de Saúde: A Possibilidade dos Usuários Participarem e os Determinantes da Participação". **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 31-32.
- VANDERLEI, Maria Ieda Gomes e WITT, Regina Rigatto. 2003. Conselhos de Saúde: espaços de participação social, constituição de sujeitos políticos e co-produção de sujeitos coletivos. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 131 - 137.
- VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck; CAVALCANTI, Maria de Lourdes; Cabral, Marta de Pina. 2009. Participação em saúde: do que estamos falando? **Sociologias** n.º.21 Porto Alegre jan./jun.
- WEFFORT, Francisco Correia. 1992. Novas democracias. Quais democracias? In: _____. Qual democracia? São Paulo: Companhia Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1621-1628, 2002. Das Letras.
- WENDHAUSEN, Águeda e CAPONI, Sandra. 2002. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1621-162.
- WENDHAUSEN, Águeda e CARDOSO, Sandra de Mello. 2007. Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas. **Revista bras. enferm.** v.60 n.5 Brasília set./out.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA-UFPB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA-PPGS
GUIA DE ENTREVISTAS- 2010 –2011 / CMS/JP

Nome: Idade, Escolaridade,

Representação:

- 1) Quais as atribuições de um Conselheiro?
- 2) Como o seu segmento/comunidade tomou conhecimento do Conselho? Por que decidiu fazer parte dele?
- 3) Qual segmento que o(a) senhor(a) representa? Como se deu o processo de escolha para sua representação?
- 4) Em sua opinião, como está sendo a representação no Conselho?

Democracia:

- 5) Para o senhor como ocorrem os debates acerca das matérias postas em pautas no CMS/JP?
- 6) Há tensões? É fácil o consenso? Há conflito? (Espera a resposta e, depois, pergunta)
- 7) Controle social? Normas e diretrizes do SUS? Outros? (Espera a resposta e, depois, pergunta).
- 8) Existe centralização no campo dos debates em Plenário do CMS/JP, por parte de algum segmento ou gestão?
- 9) O CMS/JP é efetivamente um órgão de decisões democráticas?
- 10) Em sua opinião, qual representação tem maior participação nos debates em plenário: usuários, trabalhadores de saúde, gestores, prestadores de serviços? Por quê?

Políticas Públicas:

- 11) Como o senhor vê a dinâmica do CMS/JP frente à organização das políticas públicas de saúde municipais?
- 12) O senhor (a) tem averiguado se as políticas discutidas no CMS/JP foram implementadas no município?
- 13) O que senhor acha da implantação das políticas?

Processo decisório e Tomadas de decisão:

- 14) O senhor (a) acredita que seu segmento tem influência nas tomadas de decisões do CMS/JP? Como?
- 15) Qual é o peso da secretaria executiva nas decisões do Conselho?
- 16) A sociedade civil organizada contribui para formulação e implementação de saúde no município de João Pessoa, ou as pautas da gestão prevalece?
- 17) Ocorre algum tipo de articulação no seu segmento para encaminhar assuntos para pautas do CMS/JP? Que tipo de articulação? (assembléia, voto).

Orcamento:

- 18) O senhor (a) tem conhecimento sobre o Fundo Municipal de Saúde?
- 19) Como os conselheiros acompanham o repasse orçamentário do CMS/JP?
- 20) Tem sido discutido em plenário entre os Conselheiros o orçamento do CMS/JP? Como tem sido gerenciado?
- 21) Existe dificuldade ou restrições para informações acerca do orçamento do CMS/JP?
- 22) Atas e documentos do CMS/JP são de fácil acesso para os Conselheiros?

Política Partidária/ Política Pública:

- 23) Qual o seu interesse por política?
- 24) Você se informa sobre política? De que forma?
- 25) O senhor (a) tem filiação com algum partido político? Tem engajamento eleitoral (panfletagem, adesivo em roupa, trabalha em campanha)?
- 26) Para o senhor (a) como se dá a relação do Conselho com o poder público municipal?
- 27) Para o senhor (a) como o gestor local e a Câmara de vereadores vêem o CMS/JP?

Controle Social:

- 28) O que o senhor (a) entende por controle social?
- 29) Como se dar o Controle Social no CMS/JP?