

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ICICT

Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

BERENICE DE FREITAS DINIZ

**COMUNICAÇÃO, INFORMAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:**

Um estudo em dois municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte-MG

Rio de Janeiro - RJ

2014

BERENICE DE FREITAS DINIZ

**COMUNICAÇÃO, INFORMAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: Um estudo em dois municípios da Região
Metropolitana de Belo Horizonte - MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS), no Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), da Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Valdir de Castro Oliveira

Rio de Janeiro - RJ

2014

Ficha catalográfica elaborada pela
Biblioteca de Ciências Biomédicas/ ICICT / FIOCRUZ - RJ

D585 Diniz, Berenice de Freitas

Comunicação, informação e controle social no sistema único de saúde: um estudo em dois municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte-MG / Berenice de Freitas Diniz. – Rio de Janeiro, 2014.

xiii, 170 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, 2014.

Bibliografia: f. 145-150

1. Comunicação. 2. Informação. 3. Controle social no SUS. 4. Conselhos de saúde. 5. Conferências de saúde. 6. Participação social. I. Título

CDD 362.10425

BERENICE DE FREITAS DINIZ

**COMUNICAÇÃO, INFORMAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE: Um estudo em dois municípios da Região Metropolitana de Belo
Horizonte/MG**

Aprovada em 29 de abril de 2014.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Adriana Kelly Santos
ICICT /Fiocruz

Prof. Dr. Cornelis Jhoannes Van Stralen
UFMG

Prof. Dr. Valdir de Castro Oliveira
ICICT /Fiocruz

Prof^a. Dr^a. Kátia Lerner
ICICT /Fiocruz

Prof. Dr. Gilberto Antônio Reis
PUC Minas

Dedico este trabalho aos meus pais Maria de Lourdes e Francisco, berços da minha existência e pelo amor dedicado. Às minhas pequenas sobrinhas Maria Eduarda e Alice, e ao pequeno Eduardo pelo amor incondicional e alegrias constantes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, porque eu acredito em Deus e acredito que ele me protegeu e cuidou de mim durante esta jornada!

Agradeço aos meus pais por todo apoio e amor!

Aos meus queridos irmãos José Geraldo, Fábio, Sérgio e Gilberto, pelo apoio, incentivo, amor e a torcida de sempre. À Marta, irmã do coração, pelo apoio.

A todos meus amigos, especialmente as amigas Nerly, Cinara, Valéria, Inaiara, Andréia, Ivanilda e Conceição Pimenta, pelo apoio constante e pela compreensão nas ausências.

Aos companheiros e companheiras da Secretaria Municipal de Saúde de Betim-MG, em especial aos amigos Júnior Loyola, Marina, Bianca, Zé Luiz; toda a equipe da Gestão Estratégica e Participativa do SUS Betim do período 2008-2012, em especial Lilian Cristina, Eni Carajá, Maria Aparecida dos Santos, Maria Aparecida Alves, Kátia Mara, Marta Sandra, Ilson Lima, Joana Darc, Ronaldo Zenha e Luciana Gontijo, pelo apoio, credibilidade, confiança e pelo aprendizado cotidiano. À Conceição Rezende, secretária municipal de saúde de Betim, pela credibilidade e confiança depositadas em minha pessoa, e por permitir que eu fizesse esse curso.

Ao meu Orientador querido Prof. Dr. Valdir de Castro Oliveira, pelo diálogo aberto sobre o controle social e pelo enorme aprendizado proporcionado durante as atividades de orientação.

À turma do Mestrado Comunicação em Saúde de 2012, pelo companheirismo, acolhida e pelas intensas demonstrações de solidariedade em diversos momentos durante o curso. Tenho um enorme sentimento de gratidão a todas às pessoas com as quais convivi. E quero agradecer especialmente à Clarisse Ceará, Carol, Marcela, Wisley e Claudinha. Eu agradeço de coração!

A todos os professores, coordenadores e equipe da secretaria acadêmica do Curso de Comunicação e Saúde.

Aos Conselhos Municipais de Saúde de Brumadinho e Sarzedo, em especial à secretaria executiva, os presidentes, vice-presidência e conselheiros entrevistados, pela presteza, disposição e contribuição para realização desta pesquisa.

Aos companheiros do Sind-Saúde MG e Núcleo Betim.

A todos que lutam e acreditam na participação e no diálogo para transformar o mundo!

Morder o fruto amargo e não cuspir
mas avisar aos outros quanto é amargo,
cumprir o trato injusto e não falhar
mas avisar aos outros quanto é injusto,
sofrer o esquema falso e não ceder
mas avisar aos outros quanto é falso;
dizer também que são coisas mutáveis...
E quando em muitos a noção pulsar
— do amargo e injusto e falso por mudar —
então confiar à gente exausta o plano de um
mundo novo e muito mais humano.

(Geir Campos)

RESUMO

DINIZ, Berenice de Freitas. **Comunicação, Informação e Controle Social no SUS:** Um estudo em dois municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte/MG. Rio de Janeiro, 2014. Dissertação (Mestrado em Comunicação e Informação em Saúde) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

Esse trabalho se propôs a estudar a comunicação e informação para o controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). Os objetos empíricos desse estudo foram os Conselhos de saúde de dois municípios de pequeno porte, situados na Região Metropolitana de Belo Horizonte/MG: Brumadinho e Sarzedo. Partindo do pressuposto de que qualquer forma de controle social se faz com práticas comunicacionais e informacionais, objetivou-se analisar até que ponto há um uso efetivo da comunicação e informação para o controle social: seja no interior dos conselhos na sua prática cotidiana ou, externamente, na comunicação com a sociedade. A metodologia utilizada foi a pesquisa qualitativa, utilizando-se o método de análise documental, entrevista com conselheiros de saúde e observação participante. Na análise documental, foram analisados relatórios de conferências de saúde, atas e pautas das reuniões dos conselhos de saúde, com temas que se relacionavam com comunicação e informação para o controle social. A entrevista com conselheiros foi realizada a partir de questionário semiestruturado a fim de obter informações sobre a percepção dos conselheiros sobre o tema “comunicação e informação para exercício do controle social no SUS”. A observação participante permitiu verificar como ocorrem as relações comunicacionais nos espaços das reuniões dos conselhos. Os resultados da pesquisa confirmaram a nossa hipótese, de que há poucos investimentos informacionais e comunicacionais nos conselhos de saúde e isso dificulta e compromete a participação dos conselheiros. A falta de diálogo do conselho com a sociedade acarreta o desconhecimento sobre as suas ações e isso atribui um grau de pouca importância do órgão pela população.

Palavras-chave: Comunicação. Informação. Controle Social no SUS. Conselhos de Saúde. Conferências de saúde. Participação social.

ABSTRACT

DINIZ, Berenice de Freitas. **Comunicação, Informação e Controle Social no SUS: Um estudo em dois municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte/MG.** Rio de Janeiro, 2014. Dissertação (Mestrado em Comunicação e Informação em Saúde) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

This work intended to study communication and information for social control in the Unified Health System (SUS). The empirical objects of this study were healthcare councils from two small towns located in the Metropolitan Region of Belo Horizonte / MG - Brumadinho and Sarzedo. Assuming that any form of social control is made with communication and information practices, the objective was to examine the extent to which there is an effective use of communication and information for social control, either within the councils in their daily practice or externally in communication with society. The methodology was qualitative research using the method of documentary analysis, interviews with health advisors and participant observation. In document analysis were analyzed reports from health conferences, Healthcare Council's minutes and agendas in the light of communication and information for social control. The interview was held with counselors by applying a semi-structured questionnaire in order to obtain information on counselor perceptions on the topic of communication and information for the exercise of social control in SUS. Participant observation aimed to verify how communicational relationships occur in the Council meeting spaces. The survey results confirmed our hypothesis that there are few informational and communicational investments in healthcare councils, and this complicates and compromises counselors' participation. The lack of dialogue between the Council and society results in ignorance of their actions by the population leading to a perception that the organ is of a minor importance.

Keywords: Communication. Information. Social control in the SUS. Health Councils. Health conferences. Social participation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Região Metropolitana de Belo Horizonte/MG.....	20
Quadro 1 - Descrição do resultado de busca no Portal da CAPES	60
Quadro 2 - Trabalhos encontrados subdivididos por temas.....	61
Quadro 3 - Organização do CMS Brumadinho	72
Quadro 4 - Organização do CMS Sarzedo	76
Quadro 5 - Síntese de Reunião Ordinária do CMS de Saúde Brumadinho 03.12.2013	80
Quadro 6 - Síntese de Reunião Ordinária do CMS de Saúde Brumadinho 07.01.2014	84
Quadro 7 - Síntese de Reunião Ordinária do CMS de Saúde Brumadinho 25.02.2014	88
Quadro 8 - Síntese de Reunião Ordinária do CMS de Saúde Sarzedo 10.12.2013	91
Quadro 9 - Síntese de Reunião Extraordinária do CMS de Saúde Sarzedo 25.02.2014	95
Quadro 10 - Síntese de Reunião Ordinária do CMS de Saúde de Sarzedo 11.03.2014	97
Quadro 11 - Conferências de Saúde de Brumadinho	101
Quadro 12 - Conferências de Saúde de Sarzedo	103
Quadro 13 – Análise das pautas e atas de reuniões do CMS Brumadinho	106
Quadro 14 – Análise das pautas e atas de reuniões do CMS Sarzedo	111

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos conselheiros por gênero.....	118
Tabela 2 - Distribuição dos conselheiros por segmento.....	118
Tabela 3 - Distribuição dos conselheiros por tempo de participação no conselho.....	119
Tabela 4 - Distribuição dos conselheiros por escolaridade.....	119
Tabela 5 - Distribuição dos conselheiros por ocupação.....	120
Tabela 6 - Distribuição dos conselheiros renda mensal individual.....	121
Tabela 7 - Distribuição dos conselheiros por faixa etária.....	121

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ASCOM/MS	Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CDS	Conselho Distrital de Saúde
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CICIS	Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde
CISMEP	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONSEP	Conselho de Segurança Pública
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PAS	Programação Anual de Saúde
PCCV	Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos
PID	Programa de Inclusão Digital
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PMS	Plano Municipal de Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
RIPSA	Rede Integrada de Informações para a Saúde
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão
SIACS	Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	15
1.1	Considerações iniciais	15
1.2	A importância de estudar a comunicação e a informação para o controle social	16
1.3	Objetivos	18
1.3.1	Objetivo Geral	18
1.3.2	Objetivos Específicos	18
1.4	Justificativa	19
1.5	Estruturação da pesquisa	21
2	CAPÍTULO 2: METODOLOGIA	23
2.1	Coleta de dados	23
2.2	A análise documental	24
2.3	A entrevista	25
2.4	A observação participante	26
2.5	Recorte Temporal	28
2.6	Tratamento dos dados e análise	28
2.7	Aspectos Éticos	29
3.	CAPITULO 3: PARTICIPAÇÃO, DEMOCRACIA E CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.	31
3.1	Estado, democracia e participação social no Brasil	31
3.2	A democratização da sociedade brasileira a partir de 1988	33
3.3	Ampliação dos direitos sociais	34
3.4	O SUS como inversão das políticas públicas de saúde	35
3.5	Os princípios políticos da participação e de controle social	37
3.6	Os limites e os alcances do controle social através dos conselhos de saúde	39
3.7	Capital Social e Poder	43
4.	COMUNICAÇÃO, INFORMAÇÃO E DELIBERAÇÃO	48
4.1	Comunicação e a esfera pública	48

4.2	Deliberação, Interação e Conversação	51
4.3	Informação, Comunicação e Controle Social no Sistema Único de Saúde	53
5.	CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE PESQUISADOS	70
5.1	Conselho Municipal de Saúde de Brumadinho	70
5.1.1	Contexto histórico e geográfico do CMS Brumadinho	71
5.1.2	Organização do CMS Brumadinho	72
5.2	O Conselho Municipal de Saúde de Sarzedo	74
5.3	Contexto histórico e geográfico do CMS Sarzedo	75
5.3.1	Organização do CMS Sarzedo	76
6.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	79
6.1	Caracterização da dinâmica da reunião plenária do CMS Brumadinho	79
6.2	Caracterização da dinâmica da reunião plenária do CMS Sarzedo	90
6.3	Análise dos Relatórios das Conferências de Saúde	100
6.3.1	Conferências de Saúde de Brumadinho	101
6.3.2	Conferências de Saúde de Sarzedo	102
6.4	Análise de pautas, atas e deliberações	104
6.4.1	Análise das pautas, atas e deliberações do CMS Brumadinho	104
6.4.2	Análise das pautas, atas e deliberações do CMS Sarzedo	110
6.5	Resultados das entrevistas com os conselheiros	118
6.5.1	Perfil dos conselheiros entrevistados	118
6.5.2	Sobre o uso da informação e comunicação para o exercício das funções do conselheiro	122
7.	CONCLUSÃO	140
	REFERÊNCIAS	145
	BIBLIOGRAFIA	151
	APÊNDICE A	154
	APÊNDICE B	160
	ANEXO A	165
	ANEXO B	168
	ANEXO C	169

1. INTRODUÇÃO

1.1 Considerações iniciais

O que me trouxe até esse objeto de pesquisa, foi construído ao longo de muitos anos de militância, participação social, reflexões e indagações. Não somos pesquisadores prontos, com respostas sobre os fenômenos que nos cercam, acredito que nos construímos na prática de que tomamos parte, como afirma Paulo Freire (1993):

Não nasci, porém, marcado para ser um professor assim. Vim me tornando desta forma no corpo das tramas, na reflexão sobre a ação, na observação atenta a outras práticas ou à prática de outros sujeitos, na leitura persistente, crítica, de textos teóricos, não importa se com eles estava de acordo ou não. É impossível ensaiarmos estar sendo deste modo sem uma abertura crítica aos diferentes e às diferenças, com quem e com que é sempre provável aprender [...] Uma das condições necessárias para que nos tornemos um intelectual que não teme a mudança é a percepção e a aceitação de que não há vida na imobilidade. De que não há progresso na estagnação. De que, se sou, na verdade, social e politicamente responsável, não posso me acomodar às estruturas injustas da sociedade. Não posso, traindo a vida, bendizê-las. Ninguém nasce feito. Vamos nos fazendo aos poucos na prática social de que tomamos parte. (FREIRE, 1993, p. 79-80, 87-88)

E foi exatamente essa prática social que me trouxe até aqui. Trabalhar no SUS, na ponta onde o atendimento aos cidadãos é realizado, proporcionou-me um olhar mais humano e desafiou-me a ter um compromisso ainda maior com esse sistema de saúde. Por isso me tornei militante em defesa de uma saúde pública de qualidade para todos os cidadãos. Iniciei a militância no SUS em 1994, quando fui aprovada em um concurso e, logo em seguida, empossada para o cargo de auxiliar de enfermagem na Secretaria Municipal de Saúde de Betim - MG. Desde então tenho atuado no SUS: seja como profissional, sindicalista ou como cidadã consciente de que há muito por lutar. Atuando como conselheira de saúde e participando de diversas conferências de saúde municipais, estaduais e nacionais, percebi que uma das questões sempre apontada pelos conselheiros e demais cidadãos é a comunicação e a informação para o exercício da cidadania, para a efetiva participação da sociedade nas políticas de saúde, e para a atuação dos conselheiros. Por esse motivo, várias indagações surgiram ao longo dos anos, questões relacionadas à minha percepção sobre como os conselheiros de saúde e a sociedade em geral podem ou devem obter informações para seu conhecimento e tomadas de decisão.

Sempre foi uma questão que me incomodou: a comunicação e a informação nas instituições públicas, quando muito, são utilizadas para falar com a população sobre o que está sendo realizado em um determinado governo. Sempre senti falta do diálogo sobre as políticas e ações de saúde, principalmente entre os conselhos e a população que eles representam.

Isso foi sendo elaborado ao longo dos anos, e nos anos de 2009 a 2012 fui responsável por coordenar uma área da secretaria de saúde de Betim: Gestão estratégica e participativa, que dentre outros elementos, era constituída também pela comunicação e saúde. Percebi as inúmeras dificuldades institucionais em estabelecer uma comunicação pública com a sociedade. Participando, nesta época, como membro do Conselho de saúde, pude perceber também a imensa dificuldade do conselho dialogar com a sociedade e a dificuldade em obter informações claras, compreensíveis, que dêem conta de traduzir os documentos oficiais com a complexidade da saúde para uma linguagem mais acessível, e a falta de tempo hábil para análise desses documentos pelos conselheiros.

Com essa percepção, junto a diversos sujeitos sociais, aliada à teoria onde sempre busquei reflexões e respostas, me fizeram propor esse estudo sobre a informação e comunicação e o controle social do SUS.

1.2 A importância de estudar a comunicação e a informação para o controle social

O Brasil viveu uma ditadura militar até pouco tempo, o final da década de 1970 e os anos 1980 foram marcados pela luta da sociedade civil brasileira exigindo liberdades democráticas, fim da repressão, as eleições diretas e a participação da sociedade na definição e elaboração das políticas públicas. Nesse contexto, foi promulgada a Constituição Federal do Brasil em 1988, conhecida como “constituição cidadã”, isso porque traz em seu arcabouço garantias sociais nunca expressas nas constituições brasileiras anteriores. Dentre aquelas, está a garantia da participação da sociedade na fiscalização e acompanhamento da implementação das políticas públicas – logo, a participação da sociedade é um dos pilares desta Constituição.

No campo da saúde pública organizada no Brasil por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), as práticas e os mecanismos de participação social constituem referências para a democracia participativa, que se dá formalmente por intermédio dos Conselhos e conferências de saúde. Nesses espaços de participação há representantes de segmentos de governo e prestadores de serviços, trabalhadores e usuários da saúde.

Segundo a Lei Federal 8.142/1990, os Conselhos são órgãos que funcionam permanentemente e têm a função de fiscalizar, acompanhar, avaliar e propor ações e políticas de saúde para uma determinada localidade, que pode ser de abrangência municipal, estadual ou nacional. Essa Lei determina também que as conferências devem acontecer pelo menos a cada quatro anos, com a responsabilidade de avaliar as políticas de saúde e possuem caráter propositivo, além de decidir sobre as diretrizes a serem seguidas pela gestão dos serviços de saúde por um período determinado de tempo.

Em 2012, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução 453 em substituição à Resolução 333, de 2003. A Resolução 453 define as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de saúde; estabelece as diretrizes gerais para organização; e traz na sua primeira diretriz a definição do Conselho de saúde:

O Conselho de Saúde é uma instância **colegiada, deliberativa** e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei no 8.142/90. O processo bem-sucedido de descentralização da saúde promoveu o surgimento de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. **Assim, os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde.** (BRASIL, 2012, p. 1, grifo nosso).

Vários estudiosos (AVRITZER, 2012; LABRA, 2006; GOHN, 2007; MORONI, 2010) afirmam que os conselhos e conferências são importantes para a sociedade acompanhar o andamento das políticas públicas, e também são canais de articulação e diálogo entre o Estado e a sociedade.

Dessa forma, consideramos a comunicação e a informação requisitos essenciais para as relações sociais e, suas presenças nos conselhos e conferências de saúde são fundamentais para a tomada de decisões e a viabilização da participação da sociedade nestes fóruns coletivos. É também por meio da comunicação e da informação que as decisões deliberadas são repassadas à sociedade. Podemos dizer que o exercício de controle e participação social se dá através de diferentes práticas discursivas entre os membros dos conselhos, e destes com a sociedade. Significa, portanto, que o exercício do controle social, além de condições políticas e de infraestrutura, depende também de investimentos no campo da comunicação e da informação; assim como pela qualidade destas, como atestam reiteradamente os relatórios das

conferências nacionais de saúde, que as consideram ferramentas imprescindíveis ao exercício do controle social.

Levantamos aqui a hipótese de que o pouco investimento político e a falta de autonomia para a definição dos processos comunicacionais e informacionais nestes fóruns comprometem e limitam o exercício das funções institucionais dos Conselhos de Saúde. Isso dificulta o exercício do controle social e a participação da sociedade, tal como previsto nos ordenamentos do SUS. Diante desta situação, consideramos também que a falta de investimento em comunicação e informação para o exercício do controle social atrofia e dificulta a participação consciente e cidadã dos conselheiros: seja internamente, no fazer cotidiano do conselho, nas suas atribuições; seja externamente, no diálogo com a sociedade, diminuindo-se assim importância e impacto do Conselho nas formulações e acompanhamento das políticas locais de saúde.

O objeto empírico desse estudo são os Conselhos Municipais de Saúde dos municípios de Brumadinho e de Sarzedo, em Minas Gerais.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

- Analisar a prática dos Conselhos de Saúde de dois municípios de pequeno porte localizados na Região Metropolitana de Belo Horizonte-MG. Identificando, investigando e analisando como o tema “Comunicação e informações para o controle social” está presente ou ausente nas pautas, atas, deliberações dos conselhos e nos relatórios das conferências de saúde, e ainda, como acontecem as relações comunicacionais nos espaços internos e externos dos Conselhos.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar a presença ou ausência do tema “Comunicação e Informação” nos relatórios das conferências de saúde, atas, pautas e deliberações dos conselhos;
- Analisar de que maneira os conselheiros dos três segmentos interpretam o papel da comunicação e da informação para o exercício do controle social;
- Elencar e analisar as estratégias de comunicação disponíveis para a comunicação do conselho com a sociedade;

- Analisar de que maneira ocorrem os processos comunicacionais internamente nos Conselhos de saúde.

1.4 Justificativa

Os Conselhos de saúde em todo o território nacional têm, entre outras atribuições, a prerrogativa de deliberar sobre as políticas de saúde em sua respectiva área de abrangência. Partindo dessa premissa, consideramos que os processos deliberativos ocorrem por meio do debate coletivo nas reuniões plenárias deles. Nesses eventos, encontram-se os representantes dos segmentos que compõem o órgão, e cada deliberação é expressa a partir de documentos, sejam eles: resoluções, relatórios, atas ou pareceres.

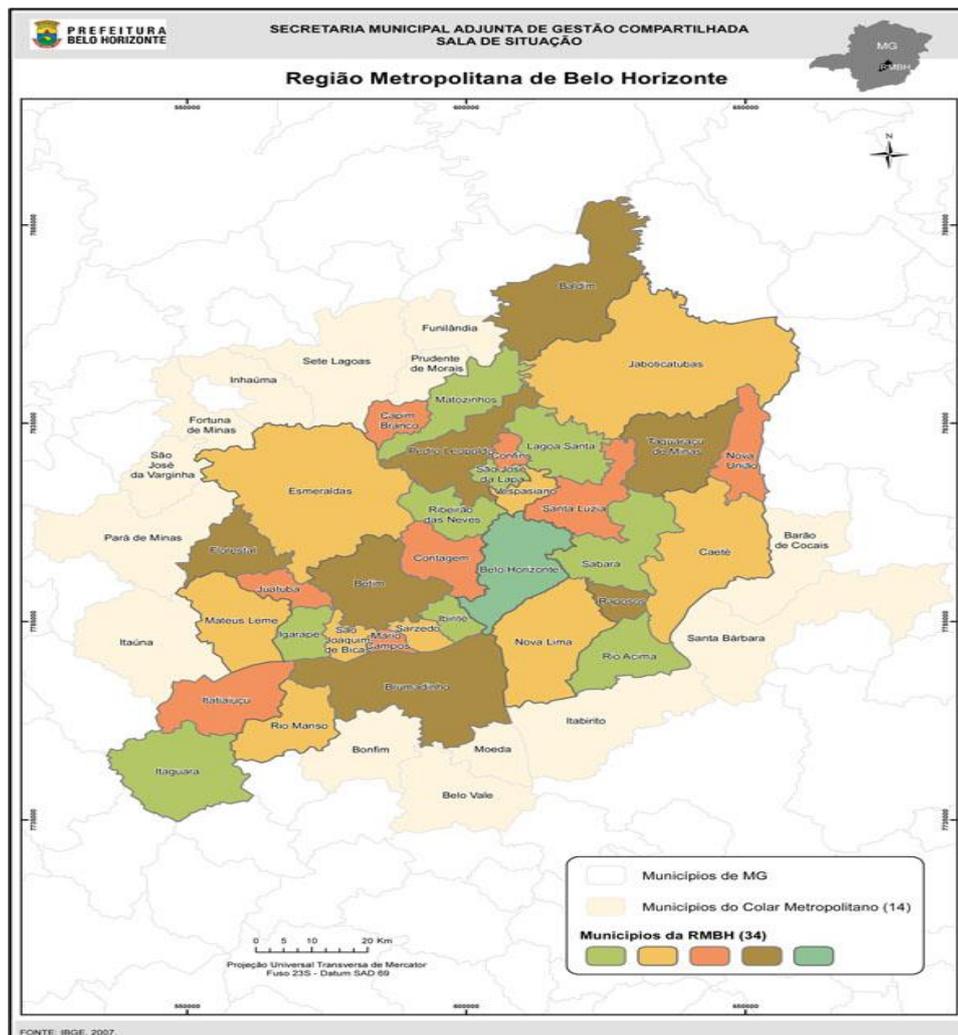
O nosso pressuposto é que a organização das discussões que ocorrem nos Conselhos de saúde e a deliberação democrática nas reuniões estão relacionadas também à informação e à comunicação. A informação que nos referimos é aquela que o conselheiro necessita para tomada de decisão, ou seja, a informação na forma de relatórios e estudos que irá subsidiar a maneira de atuar no fórum. A comunicação que tratamos está relacionada às interações que ocorrem nesses espaços institucionais, bem como a comunicação dos atos e atuação dos conselhos para fora desses espaços. A partir disso, consideramos que a informação e a comunicação estão intrinsecamente ligadas ao exercício do controle social, à prática cotidiana dos conselheiros, pois eles necessitam cumprir o papel de controle do Estado e também dialogar permanentemente com a sociedade, cumprindo assim, por meio da democracia participativa, sua função representativa.

A diretriz sobre a descentralização da saúde inscrita na Constituição Federal de 1988, as Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990 (que tem a municipalização da saúde como expressão do processo de descentralização) e o Decreto 7508/2011 (que trata da composição das regiões de saúde para os municípios) são normas que explicitam a necessidade de trabalho em conjunto das várias unidades territoriais da saúde, cujo objetivo é garantir a saúde integral à população. Para Gohn (2004b) é na esfera pública local que surgem novas formas de fazer política e novos modelos de gestão pública. Dawbor e Pochmann (2008) possuem visão similar, para esses autores existem várias territorialidades que precisam se articular para a garantia das políticas sociais e afirmam que qualquer município ou território intermunicipal necessita atualizar a sua forma de gestão, democratizar os processos decisórios e equilibrar os direitos.

Configuram-se como objeto empírico deste estudo, dois Conselhos Municipais de Saúde do Estado de Minas Gerais, nos municípios de Brumadinho e Sarzedo. Analisamos as atas e pautas das reuniões plenárias dos conselhos de saúde, os relatórios de conferências e atuação dos conselheiros.

Os dois municípios fazem parte da Região Metropolitana de Belo Horizonte - MG (RMBH-MG), composta por trinta e quatro municípios, uma população de 4,8 milhões de habitantes (IBGE, 2010) e grande representação econômica para o estado de Minas Gerais. Dentro da RMBH encontra-se a capital Belo Horizonte e municípios de pequeno e médio porte, como os que nos propusemos a estudar. Segundo o Censo IBGE (2010) Brumadinho possui uma população de 33.973 habitantes e Sarzedo, 25.814 habitantes.

Figura 1 - Região Metropolitana de Belo Horizonte - MG¹



¹ Fonte: Prefeitura de Belo Horizonte - MG

A escolha dos Conselhos baseou-se no desejo de compreender a organização dos conselhos nessas localidades, e como ocorrem os processos informacionais e comunicacionais em cidades pequenas - onde as relações são mais pessoais, devido ao fato dos moradores conhecerem uns aos outros. E ainda, para compreender como as populações se organizam em seu território a fim de garantir o direito de participação e decisão sobre as políticas públicas. Segundo Milton Santos (1979):

A cidade é a dimensão mínima a partir da qual as aglomerações deixam de servir às necessidades da atividade primária para servir às necessidades inadiáveis da população, com verdadeira espacialização do espaço. (SANTOS, 1979, p.71).

É nesse contexto que vamos analisar os dois municípios, compreendendo que o espaço geográfico, a cultura, o modo de viver, a história influenciam a participação da sociedade nas decisões sobre as políticas públicas. A princípio iríamos analisar seis municípios da RMBH-MG, no entanto, a banca de qualificação deste trabalho nos orientou a diminuir a amostragem do estudo, devido ao tempo disponível para a execução da pesquisa. Por esse motivo, escolhemos dois deles, por serem pequenos, pois acreditamos que muitas pesquisas já são realizadas em Conselhos de saúde de grandes cidades, incluindo as capitais, e segundo estudos do IBGE (2000), a maioria dos municípios brasileiros possuem uma população menor do que 50 mil habitantes.

A dimensão populacional destacada aqui serve para nos dar referência de análise, pois os municípios devem ter o sistema de saúde organizado para atender a sua população ou de sua região, de acordo com pactos de gestão e definições da Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde. Nesse sentido, os Conselhos de saúde têm também debates tão ou mais complexos que a organização dos sistemas de saúde, já que esses municípios apresentam problemas diversos na área da saúde, e há diferentes intensidades de mobilização e de funcionamento dos respectivos conselhos - essa realidade enriquecerá nosso estudo.

1.5 Estruturação da pesquisa

Esta dissertação está estruturada da seguinte forma:

No Capítulo I consta a introdução com as considerações iniciais, delimitação do estudo, exposição do problema, hipóteses, objetivo, justificativa contendo inclusive consulta a fontes de informações *on line*, que identificou a incipiência de publicações desse assunto.

O Capítulo II delimita a metodologia adotada e as considerações operacionais da pesquisa.

O capítulo III constitui o capítulo teórico sobre participação, democracia e controle social no SUS. Para essa discussão foram abordados os seguintes temas: Estado, democracia e participação social no Brasil; democratização da sociedade brasileira a partir de 1988; ampliação dos direitos sociais; o SUS como inversão das políticas públicas de saúde; os princípios políticos da participação e de controle social; limites e alcances do controle social por meio dos conselhos de saúde e capital social e poder. O objetivo aqui é fazer uma discussão teórica sobre esses elementos que fundamentam a participação social na saúde pública brasileira.

O capítulo IV constitui o capítulo teórico sobre a comunicação, informação e deliberação, com as seguintes subdivisões para discussão das ideias: comunicação e esfera pública; deliberação, interação e conversação; informação, comunicação e controle social no SUS; reflexão entre controle social, comunicação e informação, e comunicação, informação e participação social. O objetivo é fazer um diálogo com diversos autores sobre a importância da comunicação e informação para o exercício do controle social no SUS.

O capítulo V aborda os conselhos de saúde pesquisados, abrangendo informações sobre o contexto histórico, geográfico e organização desses conselhos.

O Capítulo VI apresenta os resultados e discussão sobre a pesquisa realizada.

O Capítulo VII corresponde à conclusão dessa dissertação.

2. CAPÍTULO 2: METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido por meio de uma abordagem metodológica qualitativa. A abordagem qualitativa é a expressão de uma realidade semanticamente interpretável. Portanto, ancora-se em diferentes métodos e paradigmas, e tem o propósito comum de analisar os sentidos atribuídos pelos sujeitos aos fatores, às relações e às práticas, visando a compreensão do fenômeno ou do evento a partir do interior. Para Flick (2009) essa abordagem procura entender o ponto de vista de um sujeito ou de diferentes sujeitos, o curso de situações sociais (conversas, discursos, processos de trabalho), ou as regras culturais ou sociais relevantes para uma situação. A maneira como se expressa essa compreensão, em termos metodológicos e o foco escolhido, dependerá da postura teórica que sustentará a pesquisa.

Para Minayo e Sanches (1993), o material primordial da pesquisa qualitativa é a palavra que expressa a fala cotidiana, seja nas relações afetivas e técnicas, seja nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos.

O percurso metodológico abordado nessa pesquisa ocorreu com revisão bibliográfica sobre o tema para subsidiar teoricamente a discussão e elaboração das outras etapas como o trabalho de campo e o tratamento, e análise dos resultados.

Essa pesquisa é do tipo exploratória, com análise documental. Os documentos analisados foram os relatórios das conferências de saúde; atas e pautas das reuniões plenárias dos Conselhos; entrevistas semiestruturadas com conselheiros de saúde; e observação participante nas reuniões plenárias.

2.1 Coleta de dados

O trabalho de campo permite a aproximação do pesquisador à realidade a ser pesquisada. O campo na pesquisa qualitativa, de acordo com Minayo (2010, p. 201) é entendido como “o recorte espacial que diz respeito à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação”. Nesse sentido, o trabalho de campo está fundamentado nas técnicas de pesquisa com o objetivo de extrair informações importantes para a realização do estudo, baseado no método de pesquisa escolhido.

Utilizamos nessa pesquisa dados primários, recolhidos por meio da observação e de entrevistas; e dados secundários, extraídos do regimento interno dos conselhos, das atas, pautas, deliberações e dos relatórios de conferências de saúde e legislação específica.

Foram, portanto, utilizados neste estudo: observação participante, entrevista semiestruturada e análise documental.

2.2 A análise documental

Os dados coletados na análise documental subsidiaram a elaboração do questionário para a entrevista e possibilitaram o confronto com as informações obtidas durante as entrevistas.

Para Moreira (2010), a análise documental compreende a identificação, a verificação e a apreciação de documentos para determinado fim. A autora afirma que as fontes para análise documental podem ser de origem primária ou secundária: o material de fontes primárias são os escritos pessoais, documentos oficiais, textos legais, documentos internos de empresas e instituições; já os de fonte secundária são aqueles que se constituem como conhecimento, dados ou informação já reunidos ou organizados - como exemplo a mídia impressa, eletrônica e relatórios técnicos.

Nesse estudo os registros institucionais compostos por pautas, atas e deliberações do conselho e relatórios das conferências de saúde constituirão as principais fontes para análise documental.

Os relatórios das conferências municipais de saúde são documentos formais com as decisões de uma determinada conferência de saúde, que devem subsidiar a atuação do respectivo conselho nos anos seguintes - a análise desse documento é fundamental para esse estudo. Os relatórios a serem analisados serão os das duas últimas conferências municipais de saúde realizadas. De acordo com a Lei 8080/1990, as conferências devem ocorrer no mínimo a cada quatro anos, no entanto, os municípios têm autonomia para definir a periodicidade das suas conferências, podendo ocorrer em um intervalo menor de tempo.

As atas, pautas e deliberações são documentos extremamente relevantes para essa pesquisa, pois elas serviram como objeto de estudo sobre o que foi deliberado nos conselhos no período de dezembro 2012 a dezembro de 2013, e utilizadas para confrontar as deliberações das conferências e entrevistas com os conselheiros.

Porém, há outros documentos que foram essenciais para esse estudo, como: os regimentos internos dos conselhos estudados; as leis municipais de criação desses conselhos;

a Resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS); Lei Federal 8.080/1990 e Lei Federal 8.142/1990. Esses documentos não constituem objeto de análise, contudo foram fundamentais na determinação do objeto empírico desta pesquisa: os Conselhos municipais de saúde de Brumadinho e Sarzedo.

2.3 A entrevista

A entrevista é uma das técnicas de coleta de dados mais utilizada no âmbito das ciências sociais e, segundo Duarte (2010), ela tornou-se uma técnica clássica de obtenção de informações nesse campo. Para Deslandes e Ferreira (2012), é uma técnica privilegiada de comunicação, pois sendo tomada no sentido mais amplo de comunicação verbal ou no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico ela é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo.

As entrevistas podem ser consideradas conversas com finalidade e caracterizam-se pela sua forma de organização e ainda podem ser classificadas, como: “(a) sondagem de opinião; (b) entrevista semiestruturada; (c) entrevista aberta ou em profundidade; (d) entrevista focalizada; (e) entrevista projetiva. A entrevista como fonte de informação fornece dados secundários e primários, sendo: (a) fatos que o pesquisador poderia conseguir por meio de outras fontes como censos, estatísticas etc.; (b) dados que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado, informações que tratam das reflexões subjetivas do próprio sujeito sobre a interpretação da realidade vivenciada.”. (MINAYO, 2010, p. 261-262).

Para fins desse trabalho, utilizamos a pesquisa semiestruturada (composta de perguntas abertas e fechadas), pois, segundo Minayo (2010) nessa abordagem o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem prender-se à indagação formulada. As entrevistas foram realizadas com um questionário elaborado previamente, com a intenção de abranger ao máximo o objetivo desse estudo. Esse questionário foi organizado em três blocos: identificação do conselho, caracterização do conselheiro e uso da informação e comunicação para o exercício das funções de conselheiro municipal de saúde. Essa divisão deu-se como forma de conferir uma lógica sequencial à entrevista. Os entrevistados seguiam essa sequência e ao final da entrevista expunham suas ideias com mais liberdade sobre o tema informação e comunicação para ao controle social no SUS.

As entrevistas foram realizadas nos meses de dezembro de 2013 e janeiro de 2014, com uma média de 30 minutos de duração, e ocorreram em locais e horários disponibilizados pelos entrevistados. A maioria foi realizada nas residências dos conselheiros, duas delas

foram feitas nos locais de trabalho da Secretaria municipal de saúde, e uma, em um espaço público de entretenimento (restaurante). Procuramos realizar as entrevistas em locais mais neutros, onde os conselheiros pudessem se sentir à vontade para falar. Além das anotações durante as falas, todas as entrevistas foram gravadas - mediante autorização do entrevistado - e transcritas, respeitando a fala dos sujeitos na íntegra.

Na pesquisa qualitativa não é definida uma amostragem probabilística, mas sim uma seleção de sujeitos que participarão da pesquisa. Dessa forma, na pesquisa qualitativa segundo Duarte (2010), são preferíveis poucas fontes de qualidade: que sejam capazes de ajudar a responder sobre um problema proposto, é importante que tenham envolvimento com o assunto, disponibilidade e disposição em falar.

Assim, selecionamos membros dos conselhos pesquisados. Para a escolha deles seguimos o princípio da paridade, definido na legislação para composição dos conselhos de saúde: 50% de segmento de usuários; 25% de segmento de trabalhadores; e 25% de segmento de gestores e prestadores de serviço. Portanto, entrevistamos quatro membros de cada Conselho de saúde, divididos da seguinte forma: 02 usuários; 01 trabalhador e 01 gestor ou prestador de serviço. Nesse sentido, ouvimos a percepção, indagação e interpretação de atores sociais a partir da sua representação no Conselho de saúde.

O processo de seleção dos sujeitos entrevistados obedeceu aos seguintes critérios: a) Ser membro efetivo dos conselhos de saúde pesquisados; b) Ser assíduo nas reuniões do conselho, no período da pesquisa de campo; c) Ter disponibilidade e desejo em participar dessa pesquisa. Essas informações foram aferidas em contato prévio com os conselhos de saúde. Dessa forma, a secretaria dos respectivos conselhos disponibilizou uma lista de contatos dos conselheiros. No momento em que apresentamos o projeto de pesquisa na plenária do conselho, fizemos o contato pessoal com os conselheiros e, posteriormente, contato por telefone para agendamento de entrevista.

2.4 A observação participante

Desde a formulação do problema até a interpretação dos dados, a observação participante constitui elemento fundamental para o processo de pesquisa, Minayo define a observação participante como:

Um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O

observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por esse contexto. (MINAYO, 2010, p. 273-274).

Segundo Minayo (2010), o principal instrumento do trabalho de observação participante é o diário de campo, que é um caderno de notas, podendo ser feito eletronicamente ou em formato manual. O investigador dia após dia vai anotando suas observações, impressões pessoais que vão se modificando com o tempo. O que se observa não é objeto de nenhuma modalidade de entrevista.

A observação participante não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos e fenômenos que se deseja estudar, para compreender esse campo. Minayo afirma:

que no campo, assim como durante todas as etapas da pesquisa, tudo merece ser entendido como fenômeno social e historicamente condicionado: o objeto investigado, as pessoas concretas implicadas na atividade, o pesquisador e seu sistema de representações teórico-ideológicas, as técnicas de pesquisa e todo o conjunto de relações interpessoais e de comunicação simbólica. (MINAYO, 2010, p. 274).

A observação participante pode assumir várias formas. Minayo (2010) adota a classificação proposta por Gold, que apresenta quatro tipos de observação participante possíveis, dependendo do envolvimento do pesquisador no campo e do estudo a ser realizado. As quatro modalidades são:

- O *participante total*: aquele que se propõe a participar em todas as atividades do grupo em estudo, atuando como se fosse um de seus membros sendo de desconhecimento dos sujeitos, a identidade e os propósitos do pesquisador;

- O *participante como observador*: o pesquisador estabelece com o grupo uma relação que se limita ao trabalho de campo, ocorrendo observações de forma mais profunda do cotidiano do grupo estudado;

- O *observador como participante*: é muito utilizada como estratégia complementar a entrevista; trata-se de observação formal em curto espaço de tempo, limitado a relações breves e superficiais.

- O *observador total*: o grupo não sabe que está sendo observado, não há comunicação entre os sujeitos e o pesquisador; é usada geralmente como complemento de outras técnicas e coleta de dados.

A observação realizada nesse estudo se adequa à modalidade *observador como participante*, pois há interação, ainda que superficial. A observação é de conhecimento do grupo, e é uma estratégia complementar à pesquisa documental e entrevistas.

Segundo Deslandes e Gomes (2012), a observação participante ajuda a vincular os fatos as suas representações, e a desvendar as normas e regras e as práticas vividas cotidianamente pelo grupo ou instituição observados.

A observação participante nessa pesquisa limitou-se ao papel de observar, com a finalidade de coletar dados, no entanto, houve possibilidade de interação, visto que não conselheiros se misturam nos locais onde são realizadas as plenárias, não há um local específico para acomodação do pesquisador. Essa situação favoreceu a troca de impressões entre nós e os conselheiros, permitindo observar todos os presentes, as falas e as manifestações. Embora não pertencêssemos ao grupo, nossa presença não constrangeu os conselheiros.

A observação participante foi estruturada nos seguintes eixos: cenário, sujeitos, atividades, diálogos e impressões.

2.5 Recorte Temporal

O período de observação para a nossa análise foi de quatro meses. Participamos como observadora de três reuniões plenárias de cada conselho de saúde pesquisado. Essas observações ocorreram no mês de dezembro de 2013, e nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2014.²

2.6 Tratamento dos dados e análise

O referencial teórico, a revisão de literatura e a pesquisa de campo permitiram a determinação das categorias de análise. Para Minayo (2010), as categorias são definidas como empíricas e analíticas e devemos buscar as inter-relações e interconexões entre elas. Ainda segundo essa autora, as categorias podem ser subdivididas em variáveis empíricas ou variáveis teóricas para o processo classificatório.

² O objetivo era realizar antes do período de férias, mas isso não foi possível devido a um problema que ocorreu no envio do projeto pela Plataforma Brasil a outro Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) que não era o CEP que o ICICT/FIOCRUZ está vinculado. Esse equívoco atrasou o parecer do CEP da Escola Politécnica Joaquim Venâncio, consequentemente atrasou nossa pesquisa de campo.

Tomando como base essa organização é que buscamos construir, a partir do nosso referencial teórico e a pesquisa de campo, e as categorias a serem analisadas. Ao todo são cinco categorias: **organização, deliberação, comunicação, informação e conselho de saúde.**

A categoria **organização** está relacionada à disposição do conselho em seus aspectos administrativos e físicos, situam-se nessa categoria: estrutura física, estrutura administrativa e orçamento próprio. A categoria **deliberação** está relacionada aos processos deliberativos dos conselhos de saúde: o acompanhamento das deliberações das conferências de saúde, as deliberações das reuniões plenárias dos conselhos, a periodicidade das reuniões, as comissões temáticas e a construção da pauta. A categoria **comunicação** é composta por: interação, conversação, atos públicos de fala, discurso, estratégias de comunicação, comunicação interna e comunicação externa, devolutiva das discussões para o segmento representado. A categoria **informação** comporta: interpretação dos dados, facilidade de acesso, uso da informação e conhecimento da Resolução do CNS 453/2012. O estudo sobre essa questão não se esgota nas categorias descritas, esse foi recurso metodológico para análise dos resultados. A categoria **conselho de saúde** analisará a composição dos conselhos e como acontecem as eleições.

A partir das informações obtidas dessa sistematização e organização dos dados, foram elaborados quadros com as sínteses de todas as reuniões observadas, da organização do conselho, das atas e pautas pesquisadas. Os resultados são apresentados no capítulo sobre a discussão e análise dos resultados; nele, serão dispostas as entrevistas, entremeando fundamentação teórica e análise documental.

2.7 Aspectos Éticos

Para a pesquisa de campo, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi apresentado aos participantes antes das entrevistas (ver Anexo I). De modo geral, esse termo contém as informações básicas da pesquisa: objeto, foco e direitos dos participantes. Foi garantido o anonimato e confidencialidade a todos que tomam parte no estudo. Essa medida visa preservá-los de possíveis efeitos de suas respostas. Os participantes foram informados de que poderiam interromper a entrevista ou recusar a responder qualquer uma das perguntas colocadas.

Esta pesquisa atende às normas para Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Resolução CNS 196/96 (BRASIL, 1996), foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa

(CEP) da Escola Politécnica Joaquim Venâncio/FIOCRUZ/RJ e obteve aprovação sob o parecer n° 454.367, em 12 de novembro de 2013.

Para preservar o anonimato, foi utilizada numeração arbitrária: numeração de 1 a 8 para os entrevistados, e números 1 e 2 para os municípios pesquisados.

3. CAPITULO 3: PARTICIPAÇÃO, DEMOCRACIA E CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

3.1 Estado, democracia e participação social no Brasil

Para compreender o processo democrático e a democracia, recorremos a definições: a primeira delas é a etimologia da palavra democracia. Segundo Ribeiro (2001), vem do grego *demos* (povo), *kratos* (poder) e significa “poder do povo”. Portanto, podemos afirmar que o sentido da democracia é a soberania do povo, o povo escolhendo um determinado governo e participando das instâncias de decisão. Ainda, segundo esse autor, a democracia distingue-se não apenas do poder de um só, mas também do poder dos melhores; é um regime do povo comum, em que todos são iguais. O autor argumenta que a diferença da democracia antiga (na Grécia) e a moderna é que na primeira, o povo exercia o poder diretamente nas praças; e na segunda, o povo elege quem decidirá por ele.

Para Avritzer e Santos (2002), a democracia assumiu um lugar central no campo político durante o século XX. Na primeira metade do século, o debate foi marcado pelo desejo de democracia; e na segunda, foi marcado pelo debate em torno das condições estruturais da democracia.³ No entanto, essa democracia consolidada é uma democracia de baixa intensidade, pois está relacionada à delegação de poderes a uma representação, como é o caso dos nossos representantes do Poder Legislativo e Executivo, eles são eleitos pelo sufrágio universal, o voto.

A soberania nesse contexto existe, mas é apenas para escolher os governos, não há um processo de participação da sociedade. Esse modelo de democracia entra em crise na década de 60, o que pode ser motivo por uma crise da representação, e a justificativa para tal fenômeno ancora-se no fato de que o povo mais informado sobre o sistema político, sobre seus representantes, pode emitir suas opiniões a respeito de determinados assuntos. Dessa forma, podem ser sujeitos mais críticos; além disso, no pós-guerra, começam a surgir mais organizações da sociedade civil cobrando do Estado políticas públicas para a garantia de direitos (AVRITZER; SANTOS, 2002)

Nessa democracia de baixa intensidade, pode-se dizer que os atores sociais são meramente consultados para escolher quem os representará, e após essa escolha, os cidadãos tornam-se expectadores das implementações das políticas. Isso permite que o sujeito do poder seja delegado para representar e decidir pelo povo sem ouvir ou dialogar com o povo sobre

³ No pós-guerra, a democracia consolidou-se como principal forma de governo em vários países.

suas opiniões, sobre os assuntos a serem decididos. Nesse sentido, pode-se dizer que a democracia de baixa intensidade é frágil e limita a participação e emancipação de um povo. Pois, ela não é fortalecida pela participação mais efetiva da sociedade nas decisões políticas. Conforme observa Lüchmann ao nomear e descrever a democracia deliberativa que vai ao encontro da democracia de alta intensidade:

A democracia deliberativa vai dar centralidade à questão da participação com base em uma nova concepção acerca da legitimidade política. Acusando as fragilidades da democracia representativa e a redução da legitimidade do processo decisório ao resultado eleitoral, a democracia deliberativa advoga que a legitimidade das decisões políticas advém de processos de discussão que, orientados pelos princípios da inclusão, do pluralismo, da igualdade participativa, da autonomia e do bem-comum, conferem um reordenamento na lógica de poder tradicional. (LÜCHMANN, 2007, p. 143).

Ao contrário da democracia de baixa intensidade está a democracia de alta intensidade. Conforme citação acima, podemos dizer que ela agrega à democracia deliberativa, essa ligada à participação do povo diretamente nas decisões ou no processo de decisões. Exemplos disso, no Brasil, são os conselhos e conferências de políticas públicas nas diversas áreas: saúde, educação, assistência social, habitação, entre outras, que foram realizados com a participação da sociedade a partir da Constituição Federal do Brasil de 1988. A participação dar-se-á em nível local, regional e nacional, conforme definido em lei. Esses são os ambientes formalmente definidos no nosso Estado, que é um Estado democrático de direitos⁴, mas outras participações podem acontecer se a sociedade civil assim desejar e se organizar. Em cada âmbito é debatido a política atual, os problemas vivenciados e os desafios; após essas análises, são feitas propostas a serem implementadas pelo poder público.

Para Avritzer (2007) os indivíduos têm diferentes intensidades em participar, de acordo com seus interesses e conhecimento. Isso demonstra que os cidadãos mais engajados na luta pela saúde, participam dos debates, conferências e encontros relacionados a essa temática, e assim para cada tema ou temas que converjam aos interesses dos cidadãos.

⁴ O Estado Democrático de Direito, segundo a lição de José Afonso da Silva, conjuga o Estado de Direito com o Estado Democrático, aliando um componente revolucionário de transformação social, de mudança do *status quo*, de promoção da justiça social, está inscrito no artigo 1º da Carta Magna de 1988. O Estado de Direito é aquele que impõe a todos os cidadãos, sejam administrados ou administradores, o respeito à lei, tomada esta em seu amplo espectro, da norma de maior hierarquia, a Constituição Federal, àquela de menor força normativa. Já o Estado Democrático traria outros temas de igual relevância e descritos na própria norma constitucional, como a soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e o pluralismo político, todos conferindo efetiva participação da sociedade no trato da coisa pública. Estes valores, expressos na Carta Política, são os que legitimarão a atuação dentro da lei e a produção das normas. (LEMOS FILHO, 2009).

3.2 A democratização da sociedade brasileira a partir de 1988

Para analisarmos o processo de democracia no Brasil, faz-se necessária uma reflexão sobre a história recente no país, no que diz respeito ao surgimento e a atuação dos movimentos sociais. Para Moroni (2010), do final da década de 1970 aos anos 1980, o movimento social retomou a questão da democratização do Estado questionando os mecanismos necessários para democratizar o Estado e torná-lo de fato público. O autor destaca ainda que:

Isso significou criar estratégias e propostas para além da garantia e efetivação de direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais, permitindo e assegurando a participação popular efetiva nas políticas públicas e em todas as decisões de interesse público para tornar a participação também um direito humano fundamental, fundante e estruturante dos demais direitos. O movimento social levou para ele, além da luta pela democratização e publicização do Estado, a necessidade do controle social, incorporando cinco dimensões: formulação, deliberação, monitoramento, avaliação e financiamento das políticas públicas (orçamento público). (MORONI, 2010, p.242).

No Brasil democrático, segundo Avritzer (2012), o crescimento das formas de organização da sociedade civil foi um dos elementos mais importantes da democratização do país. Esse autor ressalta que esse crescimento pautou as mudanças nas formas de participação, inclusive sendo garantido constitucionalmente. Na década de 1980, emergiram movimentos sociais na luta pelas liberdades democráticas e pela garantia de direitos. A Constituição Federal da República foi promulgada em 1988 e é considerada por vários estudiosos como uma constituição cidadã, pois além de garantir direitos sociais não assegurados antes pelo Estado, coloca a participação da sociedade na decisão de políticas públicas. O texto constitucional é aberto com os dizeres “Todo poder emana do Povo”, essa expressão tem o intuito de definir que o povo é quem tem o poder em uma sociedade democrática.

As instituições que surgiram no Brasil democrático foram responsáveis por aumentar a representação, para Avritzer (2007), isso se deve tanto pelo fato dos atores sociais passarem a se denominar representantes da sociedade civil quanto pela forma como o Estado passou a lidar oficialmente com a representação da sociedade civil. Esse autor afirma também que a representação exercida pela sociedade civil é pluralista e que quando coincide em um determinado território com uma estrutura de conselho, ela sobrepõe a outras formas que tomam decisões vinculadas ao mesmo tema, no mesmo território. Sobre as formas institucionalizadas de participação, Avritzer afirma que:

As formas institucionalizadas de participação são resultado da ação da sociedade civil brasileira durante o processo constituinte que resultou em um conjunto de artigos prevendo a participação social nas políticas públicas nas áreas da saúde, assistência social, criança e adolescente, políticas urbanas e meio ambiente. Esse padrão modificou fortemente a ideia de autonomia da sociedade uma vez que, por mais paradoxal que pareça, a sociedade civil que reivindicou a sua autonomia em relação ao Estado foi a mesma que reivindicou arranjos híbridos com a sua participação junto aos atores estatais durante a Assembleia Nacional Constituinte. (AVRITZER, 2012, p. 10-11).

A maior parte das instituições participativas tem a sua origem nos capítulos das políticas sociais da Constituição de 1988. Essa foi a origem das formas de participação no nível local, tais como os conselhos, e as formas de participação incipientes no nível federal durante os anos 1990. Avritzer (2012) também afirma que o sentido da democracia é o da ampliação da participação. Podemos observar as manifestações ocorridas no país, principalmente nos últimos 30 anos. Segundo esse mesmo autor, há momentos em que a democracia está em expansão e em outros há a retração, isso se deve aos períodos históricos, de acordo, portanto, com o contexto e os acontecimentos no mundo. A onda da democracia em expansão no momento, por exemplo, trata-se das eleições em todo o mundo. Os processos de democracia no qual são eleitos os governantes não bastam para se ter a democracia efetiva.

3.3 Ampliação dos direitos sociais

Para debater a ampliação dos direitos sociais é fundamental conhecer o que é uma política social. Viana e Levcovitz (2005) partem da premissa que uma política social consiste em uma atribuição definida politicamente, de direitos e deveres legais dos cidadãos. Esses incidem na transferência de dinheiro e serviços com o objetivo de compensar condições de necessidade e risco para o cidadão que goza de tal direito e que não consegue acesso a esses mesmos bens com recursos financeiros próprios. Logo, os direitos sociais são a garantia de serviços aos cidadãos para lhes assegurar uma vida digna. Segundo os autores:

A proteção social consiste na ação coletiva de proteger indivíduos contra riscos inerentes à vida humana e/ou assistir necessidades geradas em diferentes modelos históricos e relacionadas com múltiplas situações de dependência. Os sistemas de proteção social têm origem na necessidade imperativa de neutralizar ou reduzir o impacto de determinados riscos sobre o indivíduo e a sociedade. Pode-se, portanto, afirmar que a formação de sistemas de proteção social resulta da ação pública que visa resguardar a sociedade dos efeitos dos riscos clássicos: doença, velhice, invalidez, desemprego e exclusão (por renda, raça, gênero, etnia, cultura etc.). (VIANA; LEVCOVITZ, 2005, p. 17).

A ampliação dos direitos sociais foi fundamental para estabelecer a “saúde” como direito constitucional. Essa garantia se dá na Constituição de 1988 com base na responsabilidade do Estado pela proteção social dos seus cidadãos.

Para Fleury e Ouverney (2008), o surgimento dos sistemas de proteção social ocorreu na Europa (no final do século XIX) e deu-se de forma diferente nas sociedades nacionais. As autoras afirmam que o objetivo era introduzir arranjos mais igualitários, e sua política devia ser social, compreendendo assim: relações, processos, atividades e instrumentos que visassem desenvolver as responsabilidades públicas na promoção da seguridade social e do bem-estar.

Nesse sentido, a Constituição de 1988 trouxe no seu arcabouço jurídico a garantia dos direitos sociais e os definiu em seu Artigo 6º: a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, e a assistência aos desamparados. Por isso, podemos considerar o Brasil como um Estado que tem em seus pressupostos constitucionais a garantia de direitos sociais, concretizados por meio de políticas de proteção social. Para Fleury e Ouverney (2008), a compreensão das políticas e sistemas de proteção social abrange tanto o debate teórico - sustentado pelas ciências sociais - como a ação concreta dos sujeitos, grupos sociais e organizações na construção de relações, processos e instituições. Para consolidação dos direitos sociais, mesmo que já garantidos constitucionalmente - em uma sociedade com pouca tradição em democracia como já discutido anteriormente - é necessária a participação da sociedade, que se dá por diversas maneiras. Nesse sentido é que foi criado o SUS.

3.4 O SUS como inversão das políticas públicas de saúde

No Brasil, ainda no regime autoritário na década de 1970, houve uma grande mobilização social pela abertura democrática. A igreja católica, por meio da Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) e das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), teve papel importante no combate às políticas do regime autoritário. Nesse mesmo período, no campo da saúde, surge o denominado Movimento Sanitário com base na organização da sociedade para garantir a saúde como um direito. Foram responsáveis por esse Movimento, os Departamentos de Medicina Preventiva (DMP), eles constituíram base institucional que produziu conhecimento sobre a saúde da população e o modo de organizar as práticas sanitárias. Concomitantemente, a sociedade brasileira estava “efervescente” o que culminou com a constituição de movimentos em todo o país, movimento estudantil, surgimento do

movimento pela anistia e do novo sindicalismo, em algumas capitais também surge o movimento contra o custo de vida (ESCOREL et al., 2005).

Podemos perceber que o movimento sanitário ao longo da história tornou-se um movimento com força política para debater os problemas da saúde e propor soluções em âmbito nacional. Essa organização do movimento sanitário conseguiu discutir suas propostas na 8ª Conferência de Saúde, realizada em 1986, que contou com uma ampla participação da sociedade e definiu a proposta de política de saúde que chegou à Assembleia Nacional Constituinte.

O SUS foi criado dentro da concepção de que o Estado deve cuidar da vida humana e que deve instituir o direito à saúde e garanti-lo. Baseado nessas premissas, em 1979, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) lançou um documento intitulado “A questão democrática na área da saúde”. Esse documento foi apresentado no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal (outubro de 1979), e trouxe uma série de reflexões e questões sobre a situação da saúde no Brasil e a necessidade de mudanças para que a população tivesse acesso aos serviços da saúde pública.

O CEBES apresentou as propostas para uma saúde democrática, e definiu os alicerces dessa saúde: o reconhecimento do direito universal à saúde e das condições que viabilizem a saúde dos cidadãos; o reconhecimento sócio-econômico das condições que visem garantir a saúde, como emprego, salário, nutrição, saneamento, habitação e preservação do meio ambiente; o reconhecimento da responsabilidade médica, individuais e coletivas na promoção ativa da saúde da população; o reconhecimento do caráter social do direito à saúde e a responsabilidade coletiva e do Estado para o resguardo das condições de saúde. Para concretizar essas ações o documento propõe a criação de um sistema único de saúde em todo o território nacional, organizado de forma descentralizada e regionalizada; nos níveis federal, estadual e municipal, contendo unidades básicas de saúde, e ainda define que:

Esta descentralização tem por fim viabilizar uma autêntica participação democrática da população nos diferentes níveis e instâncias do sistema, propondo e controlando as ações planejadas de suas organizações e partidos políticos representados nos governos, e assembleias e instâncias do Sistema Único de Saúde. Essa descentralização visa por um lado maior eficácia, permitindo uma maior visualização, planificação e alocação dos recursos segundo as necessidades locais, mas visa, sobretudo, ampliar e agilizar uma autêntica participação popular a todos os níveis e etapas nas políticas de saúde. [...]. Trata-se de canalizar as reivindicações e proposições dos beneficiários, transformando-os em voz e voto em todas as instâncias. (CEBES, 1980, p. 12).

Com base nesta concepção de Estado democrático é que o SUS foi pensado. A participação da sociedade é fundamental para construir e consolidar a saúde como um direito, para organizar e fiscalizar o Estado. Podemos dizer que o objetivo dos pensadores do SUS foi o de colocar os cidadãos no centro das questões relativas à sua saúde individual e coletiva. Esse objetivo fortaleceria um sistema de saúde e mudaria a lógica de cidadão passivo para a de cidadão ativo: aquele que participa e decide sobre suas responsabilidades e o papel do Estado⁵.

3.5 Os princípios políticos da participação e de controle social

A Constituição Federal do Brasil de 1988 garantiu a saúde como um direito de todos e dever do Estado, e definiu os princípios que regeriam o SUS. O Sistema de Saúde brasileiro segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal. Sendo assim, um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses integrantes do Sistema referem-se ao mesmo tempo às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Segundo a CF de 1988 e publicação⁶ do Ministério da Saúde (1990), os princípios do SUS são: universalidade, integralidade, igualdade, regionalização, hierarquização, descentralização e participação da comunidade. A **Universalidade** é a garantia de atenção à saúde por parte do sistema a todo e qualquer cidadão. Com ela, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. A **Integralidade** é o reconhecimento, na prática dos serviços, de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade. As ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; e que as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral. A **Igualdade** garante que todas as pessoas são iguais perante a lei.

⁵ Para Benevides (1994), a cidadania é definida pelos princípios da democracia, significando necessariamente conquista e consolidação social e política. A cidadania exige instituições, mediações e comportamentos próprios, constituindo-se na criação de espaços sociais de lutas (movimentos sociais, sindicais e populares) e na definição de instituições permanentes para a expressão política, como partidos, legislação e órgãos do poder público. Distingue-se, portanto, a cidadania passiva - aquela que é outorgada pelo Estado, com a ideia moral do favor e da tutela - da cidadania ativa, aquela que institui o cidadão como portador de direitos e deveres, mas essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

⁶ ABC DO SUS: Doutrinas e princípios. Primeira cartilha publicada pelo Ministério da Saúde sobre o SUS, abrangendo suas doutrinas e seus princípios, inspirados na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde.

Para alcançar o princípio da igualdade é preciso que o SUS tenha como diretriz do a equidade. A equidade é o reconhecimento das diferenças sociais, e é aplicada para garantir atenção à saúde da população por meio de definição de prioridades.

A **Regionalização** e **Hierarquização** significam que os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando uma melhor solução dos problemas. O acesso da população à rede deve ser por meio dos serviços de nível primário de atenção, os quais devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam estes serviços. Os demais problemas deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica. A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

A **Descentralização** é entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Assim, o que é de abrangência de um município deve ser de responsabilidade do governo municipal; o que abrange um estado ou uma região estadual deve estar sob responsabilidade do governo estadual; e, o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal. Para isso deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço no poder municipal sobre a saúde – é o que se chama municipalização da saúde. Podemos observar que aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos.

A **Participação** da comunidade é a garantia constitucional de que a população participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. A Constituição, no entanto, não definiu como seria essa participação. As Leis Federais 8080/1990 e 8142/1990 definiram que a participação dos cidadãos no SUS deve se dá por meio dos conselhos e conferências de saúde. Determina ainda, a obrigatoriedade de cada município, estado e a União ter um conselho de saúde e condiciona o recebimento e repasse de verbas financeiras dentro do SUS a partir da criação e manutenção desses conselhos.

O Brasil é um país regido pela democracia representativa, na qual os governantes e os representantes do povo são eleitos pelo sufrágio universal. Nas últimas décadas, a sociedade brasileira tem conquistado o direito de participar das decisões. Nesse sentido, os conselhos e conferências de saúde são espaços de democracia participativa. Eles foram instituídos, na atual forma paritária, ou seja, são compostos por 50% de usuários, 25% de trabalhadores da saúde e 25% de gestores do SUS.

Para fins desse trabalho, será utilizado como conceito de controle social o mesmo utilizado para os fundamentos da Constituição Brasileira de 1988. Na Constituição, o controle social é entendido como um instrumento de efetivação da participação popular no processo de gestão política, administrativa e financeira, dentro da lógica de que o controle do Estado é exercido pela sociedade na garantia dos direitos fundamentais e dos princípios democráticos. (PEREIRA; LIMA, 2009). Por esta definição, quanto maior o envolvimento da população na construção e fiscalização das políticas públicas, maiores são as chances de êxito em sua efetivação. Como observa Tovar (2006), o controle social deve ser entendido como uma parte da participação cidadã que está articulada integralmente à atuação da política pública, enquanto se controla o desenvolvimento das políticas públicas definidas para atender às necessidades reais das comunidades. Portanto, os Conselhos de Saúde devem trabalhar na direção de fiscalizar as políticas de saúde em andamento, ao mesmo tempo em que devem discutir as políticas que serão implementadas, opinar sobre as prioridades e decidir o que for melhor para uma determinada população na sua área de abrangência e atuação.

3.6 Os limites e os alcances do controle social através dos conselhos de saúde

É reconhecido por diversos estudiosos que a participação popular nos conselhos e conferências de saúde representa um grande avanço para o sistema democrático brasileiro e traz inúmeros benefícios para a efetivação da política pública de saúde (GOHN, 2002; LABRA, 2010; CORTES, 2009; MORONI, 2010). No entanto esses espaços também são limitados para exercer o efetivo controle social, principalmente em uma sociedade pouco mobilizada como a brasileira. Essa afirmativa vai ao encontro do que Pasche e Vasconcelos (2009) relatam: o desempenho dos conselhos de saúde está condicionado pela organização da sociedade civil em cada contexto. Segundo esses autores, essa participação pode ou não exercer as prerrogativas que lhe são atribuídas em lei, e em muitos municípios ocorre a manipulação política para a formação e composição dos conselhos, demonstrando assim a fragilidade da sociedade civil organizada, e comprometendo o papel do conselho.

No que tange à prática cotidiana de implantação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, Labra (2007) aponta que houve distorções surgidas com a implementação dessas instâncias de participação:

Primeiro havia o risco dos Conselhos de Saúde (CS) se tornarem inoperantes. Tendo em vista a abrangência e a importância de suas competências, seria necessário montar “miniburocracias” que atendessem o caráter rotineiro de suas atividades, um corpo de funcionários especializados e um fluxo continuado e suficiente de recursos financeiros. Segundo, a padronização dos CS em todo o país conforme os componentes dispostos na norma seria praticamente impossível, porquanto, ainda hoje, 73% dos municípios não tem condições mínimas de gestão já que são de pequeno porte (até 20 mil habitantes) e não têm renda própria. Quer dizer, não foi previsto o risco real de que tão somente os municípios e estados mais fortes e ricos pudessem ter CS mais aquinhoados, restringindo-se com isso o potencial democratizante e inclusivo da participação. **Terceiro, e mais importante, se apostou no caráter deliberativo dos CS e na capacidade desse dispositivo de fazer com que todo o resto seguisse um curso relativamente normal, conforme as resoluções dos colegiados.** Neste caso, também seria necessário um “planejamento estratégico” de médio e longo prazo que prevenisse os CS de caírem na armadilha do mencionado círculo vicioso. **Quarto, é provável que tivesse sido superestimada a mudança ético-cívica que devia operar nos “corações e mentes” de todas as partes envolvidas para que o projeto participativo vingar conforme previsto. As numerosas experiências participativas já mostram que essa mudança é possível, mas ainda se processa numa escala molecular** (LABRA, 2007, p. 30, grifo nosso).

Labra (2006) reconhece os avanços do controle social no SUS, ao verificar a sua mobilização no espaço que a autora define como “macro”. Os conselhos tem grande mobilização entre os seus participantes, mas ao avaliarem seu espaço “micro”, ou seja, seus espaços internos, percebe-se que os problemas vivenciados na sociedade fazem parte das relações nos conselhos. Partindo dessa premissa a autora afirma:

No âmbito setorial, o panorama é de intensa mobilização e de participação de uma vasta e heterogênea constelação de atores coletivos nos espaços públicos de debates e decisões criados com o SUS e nos incontáveis eventos que vêm sendo realizados sobre as mais diversas temáticas. Assim também, os CS constituem uma inovação política, institucional e cultural da maior relevância para o avanço da democracia e do SUS e uma singularidade no contexto latino-americano. Ao se examinar a dinâmica e o funcionamento desses colegiados, porém, constata-se que enfrentam múltiplos problemas que, aliás, seriam comuns a todos os conselhos gestores em maior ou menor medida. Afora os naturais conflitos inerentes à interação humana, as dificuldades seriam agravadas devido, em boa parte, ao efeito dos mesmos traços que atravessam a sociedade como um todo: hierarquia marcada por poderes em extremo desiguais entre os “de cima” e os “de baixo”, sigilo e despotismo burocrático, relações clientelistas e prebendárias, desrespeito

pela res publica, enfim, um acúmulo de mazelas que terminam afetando o bom funcionamento dos colegiados. (LABRA, 2006, p. 218).

Estas dificuldades apresentadas pelos autores devem-se a uma série de motivos, mas Labra (2006) destaca que um dos problemas é a baixa participação dos brasileiros na vida associativa. Segundo essa autora, isso reflete a apatia da população e descrença na eficácia da participação e engajamento cívico, mesmo quando ocorre a participação nas associações.

As associações também enfrentam inúmeros problemas, pois tendem a reproduzir no seu interior traços semelhantes aos que atravessam a sociedade brasileira, como clientelismo, oligarquização da cúpula, pouca ou nenhuma transparência nas decisões e prestações de contas. Esses problemas, unidos à baixa renovação dos dirigentes, repercutem no processo de escolha de representantes para os Conselhos de saúde.

Pactuando desse mesmo pensamento, Pereira Neto (2012) faz a seguinte reflexão: “essa ausência de participação e da cultura cívica somam ao problema da ausência de controle sobre a produção da informação e a defasagem de desconhecimento entre os representantes dos gestores e dos usuários” (PEREIRA NETO, 2012, p.46), gerando problemas ainda maiores para os Conselhos de saúde. Esse mesmo autor pesquisou conselheiros municipais de saúde em três capitais brasileiras, com o objetivo de saber como os representantes de usuários são eleitos, que papel e funções exercem ocupando esse cargo, e quais valores e cultura política regem a atuação dos conselheiros. O autor afirma que os conselheiros entrevistados demonstraram haver uma rede de troca de favores recíprocos estabelecidos entre o conselheiro, o cidadão comum e o político, desvirtuando assim o seu papel, estabelecido nas normas existentes.

Somando a esse esforço de compreender os problemas vivenciados pelos espaços de controle social, Stralen et al. (2006) realizou uma pesquisa em nove municípios brasileiros, com o objetivo de investigar a participação de conselhos municipais de saúde na gestão das políticas de saúde. Essa pesquisa apontou problemas de ordem institucional na composição dos conselhos e na realização das conferências de saúde. Para os autores, a restrição direta da participação da sociedade nas conferências de saúde, a distância entre os conselhos e as conferências de saúde têm afastado os conselhos do seu papel, que é o de discutir e negociar as políticas públicas juntamente com diferentes grupos de interesse, com o objetivo de torná-las eficazes de acordo com os interesses da coletividade. No entanto, os autores reconhecem que, mesmo com tantas deficiências, ainda não foram esgotados todos os potenciais de promoção e efetivação do controle social:

ao mesmo tempo, os conselhos continuam sendo um espaço onde se encontram atores que, antes, estavam totalmente excluídos do processo de tomada de decisão. E mesmo se burocratizando, os conselhos não têm esgotado seu potencial de promover controle social sobre a gestão do SUS e de tomar decisões legitimadas pela consonância com o discurso do SUS. Este potencial efetiva-se quando o conselho se encontra articulado com gestores que compartilham da proposta de democracia participativa e que procuram ativar a participação através de experiências inovadoras concretas, tais como a criação de fóruns permanentes. [...] As bases do controle social e da gestão participativa ainda são frágeis, mas não meras ilusões, já que sempre há possibilidade de renovação, pois, a qualquer momento, poderão surgir novos padrões de interação e comunicação. (STRALEN et al., 2006, p. 631).

Nesse mesmo sentido, Gohn (2002) faz reflexões importantes a cerca da participação nos conselhos de políticas públicas e enfatiza os problemas vivenciados como consequências dos conflitos de interesses existentes nesses espaços:

Não podemos deixar de registrar ainda que a incorporação dos novos atores tem ocorrido em cenários de tensões e conflitos. Por um lado, os espaços construídos no público não estatal são conquistas dos setores organizados; por outro, eles são também parte de reconfiguração de estratégias de recomposição de poder de grupos políticos econômicos em lutas pela hegemonia do poder. Enquanto os primeiros buscam democratizar os espaços conquistados por meio de lutas pelo acesso às informações e à igualdade nas condições de participação, priorizando sempre na cidadania a questão dos direitos; os últimos lutam por atribuir aos novos atores um perfil de cidadãos/consumidores, destacando apenas suas obrigações, ressignificando a cidadania pelo lado dos deveres. Essa tensão é mais perceptível ao nível local, no qual os atores sociais se relacionam mais diretamente e no qual reconfigurar as formas e culturas políticas tradicionais, carregadas de estruturas clientelísticas e patrimonialistas, é uma tarefa bem mais difícil. (GOHN, 2002, p.17).

Podemos observar que vários autores tratam do tema sobre as potencialidades e as limitações do controle social para efetivar o que regem as normas instituídas. Esses autores também debatem sobre a forma como vem sendo exercido o controle social nas suas práticas e reconhecem que exercer o controle social é um processo em curso, longe de ser algo acabado, pronto e finalizado. Portanto, sendo processo em curso é sempre dinâmico, podendo mudar de acordo com os contextos históricos.

O que vale destacar, é que nos espaços institucionais são vividos os mesmos problemas existentes na nossa sociedade e, por isso, para avançar na participação da

comunidade será preciso mudar a nossa sociedade. Gohn (2003) afirma que o exercício da democracia, é um processo, não uma engenharia de regras e portanto demanda tempo; é construído por etapas de aproximações sucessivas em que o erro é, ou deveria ser, tão pedagógico quanto o acerto.

3.7 Capital Social e Poder

O capital social, segundo Matos (2009), é um conceito utilizado em pesquisas de variados campos disciplinares, como sociologia, economia institucional, ciência política e áreas relacionadas à saúde, educação e desenvolvimento econômico, e apoia-se em um ponto em comum que é a ideia de que as relações sociais constituem um patrimônio invisível a serviço dos sujeitos sociais, sejam eles individuais ou coletivos.

Para Bordieu (1998), o qualificador social atribuí à noção de capital certas propriedades inerentes às relações entre os agentes (mas também entre as instituições):

O capital social é o conjunto de recursos atuais ou potenciais que estão ligados à posse de uma rede de relações mais ou menos institucionalizadas de interconhecimento e inter-reconhecimento, ou, em outros termos, à vinculação a um grupo como conjunto de agentes que não somente são dotados de propriedades comuns [...], mas também, são unidos por ligações permanentes e úteis. (BORDIEU, 1998, p. 67).

Mas capital social também pode ser compreendido por analogia com a noção de capital humano - ferramentas e instrumentos de desenvolvimento que melhoram a produtividade individual, o que nos remete às características das organizações sociais, como as redes, as normas partilhadas e a confiança, que facilitam a coordenação e a cooperação visando um proveito mútuo (PUTNAM, 1993 apud GOHN, 2004b).

Como outras formas de capital, o capital social permite alcançar certos objetivos que não ocorreriam sem a sua presença. De acordo com Alejandro Portes (2000) citado por Matos (2009), o capital humano - como conhecimento e habilidades adquiridos pelo indivíduo - está associado ao capital social na dimensão da qualidade das relações sociais. Segundo o autor: “para possuir capital social, um indivíduo precisa se relacionar com outros, e são estes – não o próprio – a verdadeira fonte dos seus benefícios” (PORTES, 2000 apud MATOS, 2009, p. 48). Para Matos (2009) o capital social é identificado com o nível de engajamento associativo, com os vínculos de pertencimento e atuação em redes de interação aliados.

O Conselho de saúde na sua forma de composição, organização e atuação cotidiana pressupõe a interação social entre os seus membros, o que faz do capital social um conceito fundamental nesse contexto. Destacamos que os Conselhos de saúde são compostos por indivíduos representantes da sociedade civil organizada e do Estado, que se articulam, ou são articulados, em função de demandas específicas que os movem na cena política. Essas pessoas podem ser vistas como sujeitos sociais à medida que resultam da prática social, das relações sociais as quais se inserem. Dessa forma, capital social pode ser descrito como algo que se estabelece pelo retorno que é gerado através do investimento nas relações sociais.

No entanto, o capital social não possui somente consequências positivas há que se considerar também os seus aspectos negativos, considerando que o capital social não é algo já pronto, construído, e sim, resultante de inúmeros tipos de relações sociais caracterizadas como positivas ou negativas conforme suas funções e capacidades de gerar ganhos aos indivíduos. Para Portes citado por Matos (2009):

É possível afirmar que os próprios mecanismos de socialização desenvolvidos e apropriados por indivíduos e grupos podem produzir, no âmbito do capital social, consequências menos desejáveis. É importante chamar atenção para esses efeitos negativos por duas razões principais; em primeiro lugar, para evitar a assunção errônea de que as redes comunitárias, o controle social e as sanções coletivas seja intrinsecamente benéficos; em segundo lugar, para manter o estudo do capital social livre de afirmações determinísticas. (MATOS, 2009, p. 153).

E dessa forma, o mesmo tipo de relação social pode ser boa em dado contexto, mas ruim em outro.

a positividade ou negatividade associadas ao capital social não são intrínsecas ao conceito, mas dependem do modo como as relações são definidas em determinados contextos. Enquanto o capital social positivo se refere aos resultados que promovem bem-estar coletivo e aumentam as condições de igualdade e justiça social, o capital negativo diz respeito aos efeitos assimétricos das relações sociais desiguais e injustas. (MATOS, 2009, p. 161).

Os Conselhos de saúde são espaços onde são tomadas atitudes e posições pelos conselheiros, e elas variam conforme os interesses que os movem; portanto as relações são influenciadas por esses interesses. Nesse sentido, conforme afirma Souza (2011), o aspecto positivo ou negativo do capital social de uma relação específica é dinâmico e dependente do conjunto de vários fatores que permeiam esta relação como o tema do debate, interesses

peçoais, da entidade e do segmento que representa, o acúmulo de poder de cada diante desta relação associado aos seus bens cognitivos, culturais, sociais e até materiais.

“A ausência de condições e capacidade para lutar contra assimetrias, opressões e concentrações de poder faz que esses indivíduos corroborem para o funcionamento negativo do capital social” (MATOS, 2009, p.162), retroalimentando-o. Atitudes que envolvam capacidades e habilidades na barganha, negociação, pressão, persuasão possivelmente limitariam os efeitos negativos deste capital como afirma Matos (2009).

Como já foi exposto, o capital social negativo ocorre em circunstâncias de desigualdade, de prevalência de poder assimétrico, acentuando as vulnerabilidades dos atores diante de relações de dominação. O que ocorre é que em um contexto desigual, aqueles que possuem mais recursos podem utilizar-se dessa condição para assegurar apoios e firmar lealdades independentes da situação em questão. É possível perceber que o termo “poder” aparece fortemente associado ao capital social, não apenas ao seu lado negativo, mas também ao positivo. Neste aspecto, recorremos aos escritos de Foucault que nos permitem uma apreciação das relações de poder que permeiam as relações sociais.

As relações de poder existem entre um homem e uma mulher, entre aquele que sabe e o que não sabe, entre os pais e as crianças, na família. Na sociedade, há milhares e milhares de relações de poder e, por conseguinte, relações de forças de pequenos enfrentamentos, microlutas, de algum modo. [...] essas relações podem utilizar métodos e técnicas muito, muito diferentes umas das outras, segundo as épocas e segundo os níveis. (FOUCAULT, 2006, p. 231-232).

O poder pode ser compreendido na forma de rede, na qual as relações exercem um modo de ação onde uns exercem poder sobre outros (indivíduos ou grupos). Para Foucault (2013), não existe um poder único, um poder soberano. O poder só existe em relação, em exercício, e estas relações se enraízam no conjunto da rede social.

Dessa forma, o poder se estabelece como uma rede, sem um centro definido, sem um ponto de partida, pois ele emana de todos os lados. Não é somente o dominante que exerce poder sobre o dominado, o dominado por sua vez exerce poder sobre o dominante, ao mesmo tempo em que o dominado (agora dominante) influi poder sobre outros dominados. Para Demo (2008):

O fenômeno do poder é intrinsecamente dialético, não linear ambivalente. Ao mesmo tempo que faz parte de todo processo institucionalizante, para que seja possível ordem histórica vigente, é também fonte da revolta, sendo a democracia, no fundo, a revolta democrática institucionalizada. É impossível, na prática, garantir absolutamente a ordem a ordem vigente, porque é

impraticável situação de controle absoluto de cima para baixo. As comportas do poder sempre racham, aqui e ali, num movimento dialético que coloca a história em marcha infinita. Um dos expedientes mais comuns de consolidação do poder é a ideologia, feita para justificar comandos justificáveis e sobretudo injustificáveis. Por ser sombra de poder, toda ideologia implica imbecilização, sendo a mais forte aquela que tenta convencer os subalternos de que os privilégios da minoria são mérito histórico intocável, não se aplicando qualquer rebeldia. (DEMO, 2008, p. 102)

Entende-se que este tipo de relação está presente na prática social e, conseqüentemente, comunicacional da sociedade como um todo repercutindo também sobre os Conselhos de saúde. Para Foucault: “o poder não é a fonte nem a origem do discurso. O poder é alguma coisa que se opera através do discurso”. (FOUCAULT, 2006, p. 253). Sob o enfoque comunicacional, Valdir Oliveira (2004) o aproxima ainda mais a relação entre poder e discurso, afirmando que o poder sempre ocupou um lugar de destaque na reflexão sobre o discurso. Por ser o debate a expressão da pluralidade e uma forma de ação e de esforço para a emergência do que é público, o poder não pode prescindir da palavra e do diálogo, ou seja, da comunicação, para construir e interferir no espaço público e organizar politicamente os interesses coletivos.

Há ainda duas relações em que o poder se manifesta na obra de Foucault: verdade/poder e saber/poder. Segundo ele, o poder se exerce por estratégias, por manobras, e a verdade assim como o saber constitui-se como tal.

Por ‘verdade’, entender um conjunto de procedimentos regulados para a produção, a lei, a repartição, a circulação e o funcionamento dos enunciados. A "verdade" está circularmente ligada a sistemas de poder, que a produzem e apoiam, e a efeitos de poder que ela induz e que a reproduzem. "Regime" da verdade. Esse regime não é simplesmente ideológico ou superestrutural; foi uma condição de formação e desenvolvimento do capitalismo. (FOUCAULT, 2013, p. 54)

Para o autor, toda sociedade possui o que denominou como "política geral" de verdade, ou seja,

os tipos de discursos que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro. (FOUCAULT, 2013, p. 52).

A verdade é constituída e legitimada de acordo com o meio social de cada grupo. O saber é considerado como fonte de poder, onde quem detém conhecimento ou informações

também detém poder. O aumento da capacidade de apropriação de conhecimentos e informações amplia a capacidade argumentativa das pessoas, refletindo nas relações de poder. Esta capacidade argumentativa pode estar relacionada com processos de dominação.

Quando se trata de processos de mobilização e práticas destinadas a promover e impulsionar grupos e comunidades - no sentido de seu crescimento, autonomia, melhora gradual e progressiva de suas vidas (material e como seres humanos dotados de uma visão crítica da realidade social) - este processo é designado como “empowerment” ou empoderamento, termo frequentemente utilizado no Brasil. (GOHN, 2004b). O empoderamento dos atores que atuam em espaços de participação social tornam-se, nesse contexto, em uma ferramenta de grande valor, até imprescindível, responsável por possibilitar um novo contorno nas relações de poder envolvidas nas arenas de participação social.

As relações de poder entre os conselheiros e espaços dos conselhos de saúde interferem no cotidiano da arena discursiva desses espaços e em tudo que envolve seus atos deliberativos.

4. COMUNICAÇÃO, INFORMAÇÃO E DELIBERAÇÃO

4.1 Comunicação e a esfera pública

Pretendemos expor, neste capítulo, o conceito de “esfera pública” e sua relação com comunicação, trazendo outros conceitos para subsidiar a comunicação exercida nos Conselhos de saúde pesquisados.

O termo “esfera pública” é utilizado em várias áreas do conhecimento: direito, filosofia, ciências políticas (SOUZA, 2011). Segundo Hannah Arendt, a esfera pública faz-se por meio das concepções da ação:

A nossa percepção da realidade depende totalmente da aparência, e, portanto da existência de uma esfera pública na qual as coisas possam emergir das trevas da existência resguardada, até mesmo a meia-luz que ilumina a nossa vida privada e íntima deriva, em última análise, da luz mais intensa da esfera pública. [...] Para percebermos o público é importante colocarmos que a esfera pública, enquanto mundo comum reúne-nos na companhia uns dos outros e, contudo evita que colidamos uns com os outros. (ARENDDT, 2010, p. 63-64).

A autora acima faz a defesa da autonomia e dignidade da política, condição perdida, segundo ela, com a inversão de valores ocorrida na modernidade, quando a lógica privada ganha dimensão pública e a política passa a se constituir numa mera esfera administrativa atribuída ao Estado. (ARENDDT, 2010)

Percebemos que as reflexões a cerca do tema são crescentes, principalmente em torno da democracia participativa.

O conceito de esfera pública permitiu à teoria deliberativa de democracia recuperar a noção de um espaço público onde os indivíduos pudessem interagir e se posicionar de forma crítica diante do Estado. No modelo habermasiano de democracia discursiva, a esfera pública aparece como o local de legitimação dos processos democráticos. Trata-se de “um espaço entre a esfera privada e o Estado, espaço este caracterizado pela discussão livre e racional de exercício da autoridade política. (AVRITZER; COSTA, 2004, p.707).

No debate sobre a democracia, as atenções voltam-se para a questão da esfera pública, onde é demonstrada a forma como os homens coordenam e direcionam os seus interesses para o centro das decisões políticas, e onde tais decisões são legitimadas. Para

Arendt (2010), a era moderna trouxe a igualdade entre esfera pública e privada. A não diferenciação entre as duas esferas trouxe uma a outra esfera, que essa autora denomina de esfera social, fenômeno nem público nem privado. Pactuando desse pensamento de Arendt, Valladares (2009) afirma,

Um dos principais sintomas das mudanças ocorridas na modernidade é o fato da vida tornar-se medida de valor incorporada e assegurada pelo Estado. A vida torna-se um fenômeno da política e, em vista disso, os imperativos da necessidade invadem a esfera pública de tal forma que esta se desfigurou e transformou-se numa esfera da administração técnica e burocrática que existe apenas em função do Estado. (VALLADARES, 2009, p. 22)

Entretanto, Hannah Arendt (2010) entende que os sujeitos coletivos influenciam o sistema político, mas não têm poder de decisão porque não são capazes de criar canais institucionais que façam valer, para o sistema político, as suas decisões.

Estudar a esfera pública na perspectiva de Hannah Arendt é validar e justificar o ideal de soberania popular que acompanha a teoria da democracia participativa no meio político.

Habermas (1997) com seus estudos sobre esfera pública traz relevante contribuição para essa discussão:

A esfera pública pode ser melhor descrita como uma rede para comunicar informações e pontos de vista; os fluxos de comunicação são, no processo, filtrados e sintetizados de tal forma que se aglomeram em feixes de opiniões públicas tematicamente especificadas. Do mesmo modo que o mundo da vida como um todo, a esfera pública também reproduzida por meio da ação comunicativa, para qual o domínio da língua natural é suficiente; esta é configurada para a compreensão geral na prática comunicativa cotidiana. (HABERMAS, 1997, p. 92).

A abordagem de Habermas sobre esfera pública demonstra que esta pode ser percebida na vida cotidiana, na experiência diária dos indivíduos, a partir de uma linguagem comum e acessível a todos. Dessa forma, a comunicação produzida pela mídia contribui para a divulgação e formação do próprio espaço público no qual ocorre a reflexão da vida social de forma aprofundada. Habermas também contribui destacando uma percepção dos meios de comunicação que não se limita apenas em si.

A esfera pública é diferenciada em níveis, de acordo com a densidade de comunicação, a complexidade organizacional, e o objetivo – desde o público esporádico encontrado nas tavernas, casas de café, ou nas ruas; por meio de públicos ocasionais ou arranjados de apresentações particulares e eventos, tais como peças teatrais, concertos de rock, assembleias partidárias, ou

congressos de igreja; até o público abstrato de leitores isolados, ouvintes e expectadores dispersos em amplas áreas geográficas, ou mesmo pelo globo, e apenas conectados pela mídia de massa. (HABERMAS, 1997, p. 107).

Para Habermas (1997), a legitimidade do processo democrático é garantida a partir de uma relação entre os processos formais e informais de formação da vontade coletiva: enquanto os primeiros associam-se aos procedimentos institucionalizados do sistema político; os segundos, dizem respeito aos processos comunicativos gerados dentro da esfera pública. No modelo de Habermas, esses processos informais permitem que problemas de interesse da sociedade sejam identificados, discutidos, tematizados e conduzidos às instâncias de tomadas de decisões do sistema político. Nesse sentido, a esfera pública aparece como uma caixa de ressonância, onde os problemas a serem elaborados pelo sistema político encontram eco (HABERMANS, 1997, p. 89).

Para Maria da Glória Gohn (2004a), a ideia de esfera pública deve ser diferenciada de espaço público. Para essa autora, o espaço público é um espaço de encontro entre cidadãos, seres humanos plurais exercitando a condição humana. E exemplifica esses espaços, como fóruns de entidades, redes de movimento sociais, plataformas de setores organizados da sociedade civil para fins de debates, demandas e proposições de coletivos. A autora argumenta também que quando esse espaço público é utilizado para estabelecer interlocução com órgãos estatais institucionalizados sobre problemas públicos de forma direta ou indireta, adentra à esfera pública:

Trata-se de uma arena para o cidadão expressar, organizar e sistematizar suas demandas, reivindicações, projetos, ações coletivas num processo de relação discursiva entre sociedade civil organizada em função de demandas sociais, Estado e, eventualmente, agentes de corporações do mercado [...]. A esfera pública tem um grau de institucionalidade porque há normatizações jurídicas que orientam, formam e informam suas ações. [...] A esfera pública é um espaço de relações sociopolíticas e culturais, de negociações e de debates, objetivando planejar, equacionar, encaminhar, fazer escolhas, priorizar ações e intervenções a serem feitas pelo poder público, sozinho ou em parceria com entidades da sociedade civil organizada [...]. (GOHN, 2004a, p. 71-73).

Podemos dizer que os Conselhos de saúde se constituem no âmbito da esfera pública. A sua institucionalidade, a sua composição, a interação - que ocorre entre os grupos que o compõe - dá esse caráter aos conselhos. Gohn (2004b) ratifica a dimensão comunicacional deste conceito, para essa autora os caminhos de formação dessa esfera comum são construídos pelo discurso e pela ação dos sujeitos sociais que, estabelecendo uma interlocução pública,

possam deliberar em conjunto as questões que dizem respeito a um destino coletivo. A ampliação da esfera pública contribui para a formação de consensos alcançados argumentativamente, numa gestão social compartilhada, gestada a partir de exercícios públicos deliberativos. (GOHN, 2004b).

Utilizaremos nesse estudo o conceito de esfera pública colocado por Arendt e Gohn. Essas autoras consideram que a comunicação torna possível os debates públicos e a formação de consenso porque é colocada no centro do debate da esfera pública. Podemos dizer que os Conselhos de saúde estão localizados nesse conceito, pois trata de um domínio da esfera pública que pretende fazer o debate e a interlocução entre seus membros para deliberar sobre temas de interesse público, na sua área de abrangência e atuação.

4.2 Deliberação, Interação e Conversação

Considerando os conselhos como instâncias participativas, portanto, local da esfera pública, podemos afirmar com base nos argumentos apresentados anteriormente que nesses espaços ocorrem processos de deliberação. Para Habermas (1997), a deliberação como procedimento democrático fundamenta-se pelo estabelecimento da discussão pública enquanto mecanismo de legitimação das decisões públicas. Nesse sentido, Habermas (1997) ao dialogar com as ideias de Cohen (1989) apud Soares, (2014) discute que o processo de deliberação pública tem, portanto, centralidade na argumentação do autor: é condição *sine qua non* de legitimação das decisões democráticas. A deliberação democrática, quando concebida em termos apropriados, é o requisito fundamental na determinação de quando o poder político é exercido de forma legítima ou não.

Habermans (1997, p. 29) trata da deliberação das seguintes formas:

- a) “As deliberações se realizam de forma argumentativa”. Caracterizada pela troca de informações e argumentos entre as partes envolvidas. Os que participam deste processo são chamados a enunciar seus argumentos como forma de inserção de elementos novos que aquecerão o debate; elaborando propostas ou apoiando ou criticando propostas apresentadas por outros atores.
- b) “As deliberações são inclusivas e públicas”. Teoricamente todos os interessados nas decisões devem ter as mesmas condições em relação ao acesso e à participação.
- c) “As deliberações são livres de coerções externas”. Os atores são considerados soberanos, na medida em que estão apenas submetidos aos pressupostos da

comunicação (entendido como produção e consumo de sentidos) e às regras organizacionais internas, definidas pelo próprio grupo.

d) “As deliberações também são livres de coerções internas que poderiam colocar em risco a situação de igualdade dos participantes”. Todos possuem as mesmas chances de serem ouvidos, de apresentar temas, de dar contribuições, de fazer propostas e de criticar.

Souza (2011) afirma que ainda que a deliberação seja apresentada como uma dinâmica colaborativa, não significa que a esfera de discussão não seja uma arena de disputa de entendimentos, competição de argumentos e posições diversas. Nos Conselhos de saúde, pela sua própria composição, há representantes de três níveis de interesses: gestores/governo, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. Isso implica que nem sempre os interesses são os mesmos, ainda que estejam em torno da política pública de saúde. Gohn (2004a) aponta que há dificuldades para fazer com que as perspectivas divergentes entre os diversos atores conduzam a deliberações a favor do interesse público. Essa autora aponta as seguintes dificuldades, para a sociedade civil passar de ator social para ator político; para a sociedade política estatal aprender a conviver com novos processos onde há parceiros, onde os administradores não são os únicos a decidirem; o exercício em si destas novas práticas que é o desafio de construir espaços de interlocução entre sujeitos sociais muito diferenciados, representando atores sociais, políticos e culturais distintos e de origem heterogênea (GOHN, 2004a).

Nesse sentido, observamos que os espaços dos Conselhos de saúde são instâncias onde ocorrem práticas políticas e comunicacionais para a efetivação do seu papel, por isso configuram-se como uma arena de debates, argumentações, confronto de interesses, demarcação de posições, formação de consensos ou não; por meio das argumentações, articulações políticas e negociações. No exercício da sua prática cotidiana, os Conselhos de saúde demandam diferentes formas de interação interna entre os diversos atores que o compõe.

John Thompson (2009) apresenta três tipos ou formas de interação: Interação face a face – Esse tipo de interação acontece em um contexto de copresença, os participantes estão presentes e partilham um mesmo sistema referencial de espaço e tempo e por isso podem usar expressões denotativas; Interação mediada – Essa interação implica o uso de um meio técnico que possibilita a transmissão de informação e conteúdo simbólico para indivíduos situados remotamente no espaço, no tempo, ou em ambos; Quase interação mediada – Esse tipo de

interação se refere às relações sociais estabelecidas pelos meios de comunicação de massa e implica uma extensa disponibilidade de informação e conteúdo simbólico no espaço e no tempo. (THOMPSON, 2009). Como iremos analisar as relações comunicacionais nos Conselhos de saúde, por meio de observação participante, decidimos destacar aqui a interação face a face, que segundo esse autor, tem um caráter dialógico, porque implica ida e volta no fluxo da informação e comunicação. Para Freire (1983, p. 45): “em uma relação dialógico-comunicativa os sujeitos interlocutores se expressam através de um mesmo sistema de signos linguísticos”. Esse autor afirma que é indispensável ao ato comunicativo o acordo entre os sujeitos; a expressão verbal de um dos sujeitos tem que ser percebida de um quadro significativo comum a outro sujeito.

Dentro da perspectiva da interação face a face, destacamos a conversação como uma forma de interação. Podemos dizer que é na esfera pública que a conversação se concretiza na prática, nesta pesquisa, nos Conselhos de saúde. Para Matos (2009), a importância conferida à conversação deve-se à potencialidade que diferentes autores nela identificam. A fim de contribuir com o conhecimento político e o engajamento associativo, por meio da conversação há a possibilidade de abrir caminho para opiniões conflitantes, para os interlocutores avançarem rumo ao diálogo de assuntos de interesse coletivo, caminhando em direção ao entendimento.

4.3 Informação, Comunicação e Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS)

O tema “Comunicação e informação” em saúde está presente em muitos documentos do SUS, a começar pela VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 e, daí em diante, ganhou importância crescente nos relatórios das conferências nacionais de saúde. A discussão deste, por exemplo, pode ser observada na Resolução 277/1998, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) ao criar a sua Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde (CICIS).

A justificativa para a criação da Comissão ancorou-se nas seguintes diretrizes: a necessidade de aperfeiçoamento da capacidade de informação, coordenação, gestão e operacionalização de políticas e ações públicas dirigidas à qualidade da saúde e de vida da população, mediante a compatibilização das bases de dados e informações sobre os fatores condicionantes e determinantes da saúde; e a instituição, pelo Ministério da Saúde, da Rede Integrada de Informações para a Saúde (RIPSA), reunindo e articulando

interinstitucionalmente as principais entidades geradoras de informações de interesse para a saúde.

Seguiu ainda a recomendação do 5º Congresso Brasileiro de Saúde, realizado em 1997, pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) que definiu que deveriam ser realizados novos eventos com a participação de gestores dos sistemas de informação nos três níveis de governo, sociedades científicas, pesquisadores especialistas. Para aprofundarem e darem continuidade às discussões de compatibilização das bases de dados como, por exemplo, um comitê temático específico sobre o assunto no âmbito da RIPSA e outro, para Capacitação em Informação em Saúde, paralelamente à organização de um fórum para tratar de capacitação e à deliberação da 10ª Conferência Nacional de Saúde, para a constituição, no âmbito do CNS.

Apesar de criada para ocupar um lugar central nos debates do CNS e atender as necessidades de articulação entre comunicação, informação e saúde, os trabalhos da CICIS ficaram praticamente inertes até o ano de 2005, quando foi reativada por meio da Resolução Nº349/2005. Essa reativação objetivou fortalecer a CICIS e subsidiar o CNS em suas decisões e ações a favor da democratização da comunicação e informação, em todos os aspectos. Desta maneira, a CICIS também tornou-se um elo para a interlocução permanente entre o CNS, os conselhos municipais e estaduais de saúde, e para o fortalecimento do controle social.

Para fortalecer os trabalhos da CICIS, o CNS utilizou-se das estratégias de realização de oficinas e seminários regionais e nacionais ouvindo e orientando os Conselhos de saúde na formação de suas comissões, com o objetivo de formar uma rede de comunicação e informação em saúde por meio da formação dos conselheiros pelo Programa de Inclusão Digital (PID) do CNS. A CICS também foi responsável por manter fóruns de comunicação entre os conselhos, com base no planejamento do CNS e nas propostas da 12ª e 13ª Conferências de Saúde, sobre o tema em questão com objetivo de avaliar e discutir as propostas da equipe de comunicação da secretaria executiva do CNS, desenvolver trabalho articulado com a Base de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e a Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde (ASCOM/MS)⁷.

Observa-se que a CICIS tem um papel fundamental na articulação da implantação da política de comunicação e informação para o fortalecimento do controle social em todo o país. Essa vontade está expressa nos relatórios das 10ª, 11ª, 12ª, 13ª e 14ª Conferências Nacionais de Saúde que confirmaram a comunicação como uma das bases de sustentação do Sistema

⁷ Conforme plano de trabalho 2008/2009 aprovado pelo pleno do CNS.

Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, a comunicação e informação das quais tratam as deliberações do CNS e os relatórios das conferências dizem respeito à comunicação como local de interlocução com a sociedade e à informação como base para as tomadas de decisões dos conselheiros de saúde. Também observamos que o tema da informação e da comunicação é sempre conexo nas propostas e nas discussões sobre sua implantação nos espaços de controle social do SUS.

O desafio colocado pelo CNS é o de fortalecer a CICIS em âmbito nacional e expandir a sua implantação aos conselhos estaduais e municipais de saúde. Para constituir uma rede de comunicação e informação em saúde, para a efetivação de uma política de comunicação e informação para o controle social, é necessário garantir institucionalmente espaços para elaboração e efetivação dessa política.

Considerando que as políticas públicas e políticas sociais são sempre resultado do jogo de forças que se estabelece no âmbito das relações de poder na sociedade e que nestas relações participam, em maior ou menor grau, todos os setores organizados da sociedade, com os mais diversos interesses, a comunicação e a informação ganham relevância neste jogo com diferentes repercussões nas instâncias dos poderes tradicionais, executivo, legislativo e judiciário.

Neste contexto, é que são criados os novos espaços institucionais como os conselhos de saúde envolvendo diferentes interesses e atores sociais em um contínuo exercício de poder. E como não existe exercício de poder sem exercício da comunicação e da informação, vários autores têm abordado sistematicamente este assunto. Por exemplo, para Bourdieu (2010), as sociedades são estruturadas no campo conceitual, de forças invisíveis, de um poder quase mágico, chamado de poder simbólico que gera diferentes formas de capital por parte dos atores sociais. Esse poder, que não é visível, só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem, que ele chama de poder de fazer ver e fazer crer.

Pode-se dizer que o capital econômico, cultural ou social, quando reconhecidos como legítimos, transformam-se em capital simbólico. Desta forma, o poder simbólico é naturalizado nas relações sociais e nem sempre os indivíduos têm consciência clara, sendo legitimado em vários contextos históricos. Significa que este poder só é exercido quando legitimado e reconhecido socialmente em um mesmo meio, onde são compartilhadas e vivenciadas as mesmas regras sociais. Nesse sentido, a comunicação faz parte deste poder simbólico apontada por Bordieu como um espaço de luta pelo poder. Portanto, a comunicação

pode ser vista como uma variável fundamental para o aperfeiçoamento do sistema público de saúde e a efetiva participação da sociedade nas políticas de saúde representada pelo SUS.

Para tanto devemos considerar que a comunicação e a informação fazem parte das formas de relações sociais e de poder da sociedade nas quais são organizados diferentes e inúmeros feixes simbólicos, cuja principal função é a de demarcar as interações sociais, os lugares, as falas de cada um como ordem de poder (OLIVEIRA, 2008). Oliveira argumenta que, dentro de uma perspectiva dialógica e educativa, a comunicação e a informação devem ser entendidas e direcionadas para que os sujeitos envolvidos transformem-se em sujeitos de argumentação e de opinião; para buscar esclarecimentos, propor ações e processos de sociabilidade baseados nos princípios de compartilhamento dos sentidos. Por este viés, a comunicação e a informação podem ser vistas como fatores de aperfeiçoamento do sistema público de saúde e de construção da cidadania.

Esta perspectiva é contrária à ideia de comunicação entendida como uma simples transferência de mensagens, como uma forma de prescrição unilateral, ou ordem para que os cidadãos façam isso ou aquilo, ou uma maneira de fazer ou de se comportar. Se pensada dialogicamente, novos desafios a ela são impostos fazendo com que ocupe um lugar de destaque na intervenção social ou nas políticas públicas de saúde, principalmente aquelas inclusivas e de ordem participativas, e que envolvem os Conselhos de saúde.

A dimensão dialógica da comunicação não prescinde de entender a lógica de poder que preside ou atravessa os processos comunicacionais, mesmo diante de políticas públicas declaradamente participativas ou democráticas. A produção e a circulação dos sentidos sociais estão sempre intrinsecamente ligadas entre quem tem o poder de fala, que determina o que e quem pode falar, e a credibilidade desta fala, que depende do lugar onde é proferida. A subversão destes princípios ou alteração nestas ordens de poder envolve novos desenhos institucionais do campo político e dos próprios princípios da comunicação, onde novas falas podem politicamente ser incorporadas à polifonia do poder institucional pretendendo-se que os cidadãos tornem-se mais ativos e menos reativos às questões das políticas públicas no campo da saúde - tal como previsto nos princípios filosóficos do SUS em que a participação cidadã da sociedade é um de seus princípios fundamentais.

Segundo Oliveira (2012), só é possível exercer e efetivar as atividades relacionadas com o controle social nos Conselhos de saúde se houver investimento em processos comunicacionais e informacionais capazes de promover a livre circulação de informação e ideias, tanto para dentro do conselho quanto para fora (no diálogo com a sociedade). Para isso, devem ser criadas estratégias livres e claras, e instrumentos ou meios de comunicação

para manter sintonia com a sociedade. Para esse mesmo autor, a dimensão comunicativa ou discursiva não pode ser desvinculada da dimensão da *práxis* política e social inerente a ideia de controle social.

Neste aspecto, os Conselhos de saúde também podem ser considerados como espaços de poder e, como tal, da comunicação, pois permite a interação entre as pessoas e a circulação de informações. Mas nesta arena social, a depender da maneira como a comunicação e a informação são tratadas, elas tanto podem equilibrar quanto desequilibrar as relações entre seus participantes, tornando-as mais ou menos assimétricas. De uma forma ou de outra, não existem processos de controle social - principalmente no âmbito da participação popular - sem a efetivação de formas de produção, circulação e recepção de comunicação e informações, como observa Tovar:

Sem comunicação e informação não é possível construir um sujeito social que exerça sua cidadania em saúde. Para que a participação seja possível, é preciso gerar cenários, processos e competência de comunicação que possibilitem a construção coletiva de sentidos e os interesses para atuar na formulação de políticas públicas. (TOVAR, 2006, p.59).

Sendo uma arena de disputas de sentidos, de cooperação, de conflitos, de aproximação e diferenciação de seus participantes, a comunicação e a informação são essenciais. Devemos compreender que neste espaço, não se pede apenas uma comunicação como transferência de informações de um polo a outro, mas, fundamentalmente, como um processo dialógico em que as diferenças signifiquem a alteridade entre os sujeitos participantes. Ou seja, não há um polo detentor de uma verdade e outros polos receptores, mas de sujeitos que se encontram, se defrontam com problemas, conflitos e vontades de construir um destino comum no contexto de uma pluralidade informacional e cognitiva. Daí o desafio de construir relações mais equilibradas neste contexto de controle social.

Se a comunicação for dialógica, na perspectiva de construção coletiva, com os sujeitos envolvidos e seus contextos culturais, podemos dizer que a comunicação terá o papel fundamental na construção dos princípios da cidadania. Segundo Valdir Oliveira (2004), o exercício do controle social nos Conselhos de saúde só pode ocorrer em um campo onde existam informações disponíveis e a capacidade dos atores que ali atuam, em interpretar e atribuir novos sentidos a elas. Essa afirmação é fundamental para nossa reflexão, pois, uma questão paradoxal é que os Conselhos de saúde tem informação de quem irá executar as ações de saúde, cujo objeto de fiscalização será esse mesmo fornecedor de informações. Essa questão é tão complexa que o Conselho Nacional de Saúde tem discutido muitas formas para

que o controle social seja qualificado para o exercício das suas funções. A informação e comunicação têm ocupado espaços na arena de debates no controle social, isso tem possibilitado a discussão para o desenvolvimento de políticas para a educação permanente dos conselheiros e sociedade civil organizada que atuam no campo da saúde.

A etimologia da palavra comunicação vem do latim *communicatio*: ato de repartir, de distribuir, literalmente tornar comum; de *communis*: público, geral, compartilhado por vários. É parente de comunhão. Para Araújo e Cardoso (2007) comunicação é um desses temas que todo mundo entende um pouco e sempre tem uma opinião, mas também é algo que se apresenta como objeto de estudo e isso permite identificar suas configurações: seja nos setores da economia, embates e arenas políticas, bem como compreender as inter-relações com outras áreas, como a saúde, educação, agricultura, ecologia, religião etc., e seu papel nas instituições e movimentos sociais. Essas autoras ainda afirmam que as políticas públicas só se constituem como tais quando tomam forma fora do papel e passam para a vida concreta, adquirindo assim visibilidade e existência, pois são convertidas em saberes e práticas. A comunicação é inseparável desse processo.

Podemos dizer que a comunicação está relacionada a todos os processos sociais, é inerente à vida humana. Partindo desse pressuposto, Paulo Freire afirma que “comunicar é comunicar-se em torno do significado comunicante” (FREIRE, 1983, p. 44). Para esse autor, o que caracteriza a comunicação é o diálogo, e é fundamental haver significado entre o que é dito entre os sujeitos para que haja a comunicação.

Nesse sentido, Oliveira (2012) afirma que a comunicação pode ser entendida sob dois aspectos: sendo o primeiro, o sentido da comunhão, compartilhamento de algo; e o segundo aspecto, entendido na perspectiva de dar conhecimento. Dessa forma, Moraes (2006) afirma que “a comunicação é o enfrentamento de linguagens verbais e não verbais de produção de sentidos” (MORAES, 2006, p. 63) e viabiliza condições de explicitação e eficácias dos enunciados, dos processos de recepção e circulação das informações.

Já a etimologia da palavra informação vem do latim *formatio*, e mostra que o termo se relaciona a “representar, apresentar, criar uma ideia ou noção” ou “dar forma, ou aparência, pôr em forma, formar”. Oliveira (2012, p. 13) afirma que a “informação é o conteúdo de um processo comunicacional, e a sua existência e disponibilidade e estão relacionadas com decisão, com controle, com atos de governar”.

Para o exercício do controle social, tanto a informação quanto a comunicação tornam-se imprescindíveis: seja na atuação cotidiana do conselheiro de saúde - que necessita de informações claras, coesas e verdadeiras para compreender o que dizem os relatórios

técnicos, os números estatísticos e toda a complexidade da saúde e, assim, poder discutir, emitir pareceres e deliberar conforme previsto nas normas legais; seja na comunicação, os argumentos e discursos circulantes e ainda o diálogo do conselho com a sociedade, informando suas ações, discutindo os avanços, desafios, denunciando etc..

Embora o tema “comunicação e a informação para o controle social” seja relevante para vários estudiosos já mencionados, seja também objeto de debate e deliberação das conferências nacionais de saúde, seja tratado de forma institucional pelo Conselho Nacional de Saúde como tema essencial para o cotidiano dos conselhos de saúde, podemos dizer que no campo da produção científica, o assunto ainda é pouco explorado. Com a intenção de explorá-lo, a fim de verificar o que foi publicado sobre ele, consultamos algumas fontes com acesso *online* gratuito de seus conteúdos totais ou parciais. A partir da escolha de critérios que tivessem a ver com o tema, consultamos: os portais de artigos Scielo; o acervo da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), por sua especificidade de campo, que reúne as bases Lilacs e Medline; o Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela confiança e institucionalização que possui no país. O objetivo dessa revisão não foi avaliar profundamente o tema, pois isso demandaria muito tempo e reflexões mais complexas. Buscou-se verificar o que vem sendo publicado sobre esse assunto. A busca foi exploratória, não limitada por critério cronológico e foram consideradas para leitura somente publicações em português.

No Banco de Teses da CAPES, portal Scielo e BVS, foi realizada a busca com as seguintes palavras-chaves e suas combinações. Palavras-chaves: Comunicação; Informação; Participação; Controle Social; SUS; Conferências de Saúde. As combinações foram: Comunicação e controle social; Controle social no SUS e comunicação; Participação SUS e comunicação e informação; Conferência de saúde comunicação e informação; Participação no SUS; Informação e participação no SUS e, Comunicação e participação no SUS. Utilizamos essas expressões porque o objeto do nosso trabalho é justamente a comunicação e informação para o controle social no SUS, então optamos por utilizar essa busca a fim de encontrar teses, dissertações, artigos e outras publicações com temas que abordassem a temática. Dessa forma para seleção dos trabalhos foram elaboradas as seguintes questões: O que o pesquisador trata do tema “comunicação e controle social” na saúde? O pesquisador trata do tema “participação, comunicação e informação”? O pesquisador aborda o tema comunicação, informação no SUS?

No Portal da CAPES encontramos nove estudos, organizados entre dissertações e teses. Desses estudos, quatro apresentam abordagens do tema comunicação, informação e

controle social. Três apresentam estudos sobre participação e controle social. E um apresenta estudo na área de produção de conhecimento no Brasil realizado por meio de estudo bibliométrico.

Quadro 1 - Descrição do resultado de busca no Portal da CAPES

Título	Tipo de publicação	Tipo de estudo
1. Comunicação Comunitária e Saúde: a possibilidade de sintonia em uma só estação rumo à democratização dos espaços da mídia e do SUS.	Dissertação	Comunicação comunitária e sua saúde. Análise de uma rádio comunitária que tem em sua programação o tema saúde.
2. Participação social: a comunicação que aproxima e distancia usuários e trabalhadores da Saúde da Família.	Dissertação	Estudo da dinâmica de colegiados em saúde, com destaque para a comunicação entre usuários e trabalhadores da saúde.
3. Produção de conhecimento sobre Participação e Controle Social em Saúde (1980-2005).	Dissertação	Análise da produção científica brasileira relacionada à problemática participação e controle social em saúde.
4. A participação dos Conselhos de Saúde na fiscalização da política do SUS.	Dissertação	Estudo sobre a atuação dos conselhos de saúde da Região Metropolitana de Belém.
5. Entre a cena e a encenação pública: a possibilidade de constituição do conselho municipal de saúde como público democrático.	Dissertação	Análise de atuação de um conselho municipal de saúde enquanto espaço público democrático.
6. As Tecnologias da Informação e Comunicação como vetores catalisadores de participação cidadã na construção de políticas públicas: o caso dos conselhos de saúde brasileiros.	Tese	Trata da questão da cidadania e tecnologias da informação como vetores da ampliação dos espaços de participação cidadã.

7. O processo decisório no Conselho Municipal de Saúde de Itajaí/SC.	Profissional i-zante	Análise do processo decisório do CMS para compreensão entre o saber e o poder
8. A participação popular na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS: limites e possibilidades ASSIS	Dissertação	Análise do processo político de uma gestão em relação ao conselho municipal de saúde.
9. Participação social dos trabalhadores rurais assentados do Movimento Sem Terra, no sistema Único de Saúde	Dissertação	Análise da compreensão dos trabalhadores rurais assentados da reforma agrária sobre a sua participação social no SUS.

Fonte: Quadro elaborado pela pesquisadora

Na BVS foram encontrados setenta e nove trabalhos, desses, escolhemos vinte e sete, pois apresentavam temática mais próxima do nosso tema.

No portal de artigos Scielo foram encontrados cento e sessenta e sete trabalhos, desses, escolhemos quarenta e quatro. Essa escolha foi pautada na pertinência dos temas de acordo com o nosso trabalho e na possibilidade racional de leitura da quantidade de trabalhos. Em uma leitura mais apurada percebemos que dos quarenta e quatro, quatro eram títulos repetidos, e sete tinham temática mais próxima do nosso tema, ou seja, no campo da comunicação e saúde para o controle social. Para fins de análise dos resultados encontrados, optamos por fazer uma subdivisão em grupo ou categorias que foram organizados por temas. Não há grau de importância entre os números, estes servem apenas para organizar a subdivisão, sendo então:

Quadro 2 - Trabalhos encontrados subdivido por temas

Tema	nº de trabalhos encontrados	Descrição do Tema
1. Comunicação e informação para o controle social	07	Trabalhos que tem como foco principal de análise a informação e a comunicação para o controle social do SUS.
2. Participação popular e conselhos de saúde	08	Trabalhos que tem como foco principal de pesquisa a participação popular e os conselhos de saúde no SUS.

3. Comunicação em saúde para usuários e profissionais do SUS	14	Trabalhos que abrangem práticas de comunicação no exercício da promoção, prevenção, reabilitação da saúde e no diálogo entre profissionais e usuários do SUS.
4. Informação em saúde	07	Trabalhos que tratam de temas voltados para sistemas de informação em saúde e prontuário eletrônico.
5. Política de informação e comunicação no SUS	06	Trabalhos que apresentam como foco principal de análise, a política ou a falta da política de comunicação em saúde no Brasil.
6. Mídia e saúde	02	Trabalhos que abordam a saúde na mídia.

Fonte: Quadro elaborado pela pesquisadora.

Observamos com esses resultados, que há publicações no campo da informação e comunicação em saúde, no entanto ao observamos a comunicação e informação para o controle social verificamos que o tema é pouco explorado. Decidimos por descrever aqui todos os trabalhos encontrados com tema (1) - Comunicação e informação para o controle social:

- Um documento trata de relatório de oficina de Trabalho “Informações em Saúde para o Controle Social” realizada pelo Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde. Nesse relatório encontram-se as estratégias para a produção, a disseminação, o acesso e o uso das informações em saúde, a partir de demandas do controle social do SUS, objetivo do encontro;

- “A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social”, esse artigo trata da nova forma de relacionamento entre Estado e sociedade a partir da década de 80, na realidade brasileira. Destacam-se os Conselhos de saúde que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da Política de Saúde. Analisa as Políticas de Informação em saúde para o exercício do controle social e pretende contribuir para ampliar o acesso dos conselhos de saúde a essas políticas em seus diferentes níveis de complexidade, à luz do princípio da integralidade e da atenção à saúde;

- “Conselhos de saúde e práticas de comunicação/ação pelo controle público e invisibilidade social”. Esse estudo foi desenvolvido junto ao Conselho Distrital de Saúde (CDS) da AP3.1- área do município do Rio de Janeiro que abrange a zona da Leopoldina e a Ilha do Governador. O trabalho realça a perspectiva dos conselheiros usuários na tematização

dos problemas de saúde levantados no Conselho. Como premissa, considera que o ponto de vista dos usuários deve ser privilegiado na adoção de estratégias de comunicação dos conselhos de saúde, buscando o agendamento dos meios de comunicação de massa para a ampliação da esfera pública e da visibilidade social dos problemas de saúde. Esse trabalho tematiza também alguns problemas de saúde abordados pelo Conselho Distrital da AP3.I, considerando também a sua significação epidemiológica.

- “Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde”. Esse trabalho discute a participação popular nos Conselhos de saúde e o papel da comunicação e da informação nesse processo, procurando entender de que maneira diferentes atores sociais ali presentes agem e interagem com o objetivo de deliberar, fiscalizar e interferir no funcionamento do Sistema Único de Saúde. Destaca as relações sociais assimétricas presentes nos Conselhos de saúde e discute como essas relações determinam os alcances e os limites comunicacionais e informacionais dificultando a participação popular e, simultaneamente, o exercício do controle público.

- “Inclusão digital e conselheiros de saúde: uma política para a redução da desigualdade social no Brasil.” Após vinte anos do SUS, a desigualdade nas condições de saúde da população permanece como uma realidade, impondo aos movimentos sociais que exercem o controle social sobre a saúde uma contínua luta. Nesse embate, o acúmulo de força política está relacionado ao aumento da capacidade de apropriação de conhecimento e informação. Esse estudo teve como objetivo conhecer dimensões da desigualdade na inclusão digital de conselheiros de saúde (CS) de diferentes regiões do país.

- “Gestão governamental e sociedade: informação, tecnologia e produção científica.” Esse estudo identifica os processos de interação virtual, capazes de agilizar a circulação e troca de informações entre governos e sociedade nos espaços de produção de políticas públicas, e podem contribuir para intervenções mais resolutivas e sintonizadas com a heterogeneidade e diversidade dos problemas sociais. Proliferam iniciativas inovadoras de gestão governamental participativa e de extensão do controle público.

- “Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde.” Para fortalecer o exercício do controle social na política de saúde é necessário o efetivo conhecimento do SUS: da legislação, da realidade epidemiológica, assistencial, financeira, política, etc. Esse estudo objetivou dimensionar o nível de informação e conhecimento dos Conselheiros Municipais de Saúde de Viçosa – MG com relação a suas atribuições e funções.

Percebemos que há poucas publicações acerca do tema “comunicação e informação para o exercício do controle social”, isso já justificaria a relevância desse trabalho. Considerando também a interdependência da comunicação e da informação nas questões complexas entre as relações de Estado e a participação da sociedade no exercício do controle social no campo da saúde propusemos, neste estudo, analisar como a comunicação e a informação estão organizadas nos conselhos municipais de saúde e se contribuem ou não para o funcionamento e o cumprimento das funções desses Conselhos. Embora a participação da sociedade seja um eixo estruturante do SUS e as relações comunicacionais sejam fundamentais para que haja consolidação dessa participação, esse é ainda um tema pouco explorado e pesquisado no âmbito da saúde coletiva. Também por isso, a proposta deste estudo torna-se importante para a contribuição acerca da participação, comunicação e informação para o exercício do controle social na saúde.

Levantando produções teóricas atuais, inseridas nesse campo de discussão, encontramos autores como Moraes e outros (2006) que afirmam que a comunicação e a informação são primordiais para o exercício do controle social. Seja no âmbito dos sujeitos individuais, para que possam adquirir conhecimento por meio de informações para exercer sua cidadania e que essas sejam transparentes com linguagem acessível; seja no campo da coletividade, nos espaços institucionais no fornecimento de informações para a tomada de decisão e para estabelecer o diálogo com a sociedade. Os autores afirmam que em uma sociedade desigual como a nossa, os espaços institucionais de controle público ainda sofrem com a falta de uma política que abranja integralmente as questões relativas à informação e comunicação para o exercício do controle social.

Moraes, I. (2006) afirma que o debate democrático sobre a produção, a disseminação e o uso das informações em saúde e suas tecnologias é fundamental para a emancipação dos cidadãos. A autora argumenta ainda que essa emancipação passa pela apropriação de saberes e poderes por parte da população e suas representações nos espaços de controle social.

Oliveira (2006) traz o debate da importância da comunicação para o exercício do controle social, e que visibilidade e transparência estão imbricados nesse conceito de comunicação. O autor coloca que para superar a barreira existente entre as funções dos conselheiros e as relações de poder que ocorrem nesses espaços é necessário que os conselhos sejam locais de aprendizagem para a transformação dialógica, com o objetivo de melhorar e democratizar a saúde pública.

A mobilização da sociedade é fundamental para debater os problemas, propor mudanças e interferir nas políticas públicas. Nesse sentido, Toro e Werneck (1996) afirmam

que mobilizar é “convocar vontades para atuar na busca de um propósito comum, sob uma interpretação e um sentido também compartilhados”. Esses autores argumentam que a mobilização social se dá por meio da participação das pessoas e que participar é um ato de escolha, as pessoas participam ou não devido a uma série de questões, e convocar vontades significa convocar discursos, decisões e ações no sentido de um objetivo comum e por isso é um ato de razão, pois pressupõe uma convicção coletiva de relevância para todos e, ainda, a mobilização requer uma dedicação contínua e produz resultados cotidianamente.

A mobilização também é definida como um ato de comunicação, assim afirma Toro e Werneck:

Como falamos de interpretações e sentidos também compartilhados reconhecemos a mobilização social como um ato de comunicação. A mobilização não se confunde com propaganda ou divulgação, mas exige ações de comunicação no seu sentido amplo, enquanto processo de compartilhamento de discurso, visões e informações. O que dá estabilidade a um processo de mobilização social é saber que o que eu faço e decido, em meu campo de atuação cotidiana, está sendo feito e decidido por outros, em seus próprios campos de atuação, com os mesmos propósitos e sentidos. (TORO; WERNECK, 1996, p. 5).

A partir dessa afirmação, podemos dizer que no campo da saúde, ocorreu um grande movimento, doravante denominado o movimento sanitário brasileiro. Ele foi fruto de uma grande mobilização social, e suas bases conceituais alcançaram um patamar de organização e adesão das pessoas e instituições para alcançar um objetivo comum. Naquele momento, a sociedade estava discutindo e propondo mudanças reais para o sistema de saúde brasileiro, essas mudanças eram propostas para toda a sociedade, por isso estavam em busca de um bem comum. Por isso, foi necessário compartilhar discursos, visões e informações entre os vários movimentos organizados na sociedade naquela época, o que culminou na criação do SUS na Constituição Federal de 1988.

Podemos afirmar com base nesses autores apontados neste trabalho que o exercício do controle social pressupõe a democratização das relações, sejam elas do ponto de vista da organização dos conselhos ou do ponto de vista do fornecimento de informações por parte do Estado. A comunicação e a informação constituem elementos imprescindíveis para a relação entre Estado e sociedade: seja no Estado pelo fornecimento de informações para as organizações sociais, instituições e cidadãos em geral; seja na relação de comunicação entre o Estado e a sociedade. Contribuindo para esse pensamento, Gushiken afirma que vivemos novos paradigmas nesse campo e que por isso afirma:

Um dos principais conceitos que sustentam as ações de comunicação é compreendê-la como um processo no qual os conflitos são expressos abertamente, dentro de um movimento que, ao respeitar a autonomia e a independência dos atores, busca também a troca, o diálogo, a negociação e a convergência. As relações entre Estado, mídia e sociedade só tem sentido se comunicação for pensada como possibilidade de adotar a perspectiva do outro, o que tem valor inestimável para a democracia e resgata, em meio ao individualismo exacerbado, a preocupação com o bem público e com a noção de coletividade. Esse debate contribui, portanto, para fixar na agenda da sociedade as preocupações com o interesse comum. (GUSHIKEN, 2004, p. 4).

Nesse sentido, Oliveira, M. (2004) define que para haver as relações entre Estado e Sociedade é essencial existir o que a autora denomina de “comunicação pública”. A autora refere-se à comunicação realizada no espaço público democratizado, com discussão de temas de interesse público, que depende do envolvimento e participação do governo, empresas, sociedade civil organizada e população em geral. Pactuando dessa discussão, Bezzon (2004) afirma que o direito à informação torna-se requisito básico para a construção da cidadania, pois só a socialização da informação poderá fornecer aos membros da sociedade civil a cidadania integral. Segundo Bezzon, o conceito mínimo de democracia pressupõe que os cidadãos estejam preparados para usar as regras de participação democrática. Para ela, deve haver um nível de igualdade social entre os indivíduos, e que os mecanismos institucionais de representação sejam realmente democráticos. Nesse sentido, podemos observar que esses autores afirmam que a comunicação e a informação são essenciais para que haja a efetiva participação social.

No Brasil foram constituídos dois espaços formais de participação, os conselhos de políticas públicas e as conferências temáticas. Segundo Moroni (2010), os Conselhos de saúde são espaços fundamentalmente políticos, institucionalizados, funcionando de forma colegiada, autônoma, integrantes do poder público, de caráter deliberativo, composto por membros do governo e da sociedade civil, com finalidades de elaboração, deliberação e controle da execução das políticas públicas.

O Conselho de saúde é um órgão público estatal, com participação popular. É composto por representantes da sociedade civil eleitos em fórum próprio e pela própria sociedade, tem composição paritária entre governo e sociedade, criado por meio de lei ou outro instrumento jurídico com atribuições deliberativas e de controle social. É um espaço público da relação e da interlocução entre Estado e sociedade, é um mecanismo de controle da sociedade sobre o Estado, possui entre outras atribuições a de discutir a aplicação dos recursos e orçamento público, tem Liberdade de escolha da presidência do conselho pelo próprio

conselho, está presente nas três esferas de governo, funcionamento em forma de sistema descentralizado.

As Leis Federais 8080/1990 e 8142/1990 e a Resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde definem os conselhos de saúde como órgãos permanentes e deliberativos. Nessas normas estão expressas as atribuições dos conselhos que são: deliberar, fiscalizar e controlar todas as políticas e ações de saúde. Essas funções são expressas nas seguintes ações:

- Fortalecer a participação e o Controle Social no SUS, mobilizar e articular a sociedade de forma permanente na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS;

- Elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento;

- Discutir, elaborar e aprovar propostas de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde;

- Deliberar sobre: os planos de saúde; os relatórios de gestão; os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo; a educação permanente para o controle social; a política de gestão do trabalho e educação para a saúde no SUS; sobre contratos, consórcios e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais;

- Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar denúncias aos respectivos órgãos de controle interno e externo, conforme legislação vigente;

- Atuar na formulação e no controle das políticas de saúde, estabelecendo estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS;

- Avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do SUS;

- Acompanhar e controlar a atuação do setor privado credenciado mediante contrato ou convênio na área de saúde;

- Aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), observados o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendentes, conforme legislação vigente;

- Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destino dos recursos;

- Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os recursos transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União, com base no que a lei disciplina;

- Examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho nas suas respectivas instâncias;
- Estabelecer a periodicidade de convocação e organizar as Conferências de Saúde, propor sua convocação ordinária ou extraordinária e estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, convocar a sociedade para a participação nas pré-conferências e conferências de saúde;
- Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde, entidades, movimentos populares, instituições públicas e privadas para a promoção da Saúde;
- Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinente ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica, observados os padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do País;
- Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde, divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões nos meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões e dos eventos;
- Incrementar e aperfeiçoar o relacionamento sistemático com os poderes constituídos, Ministério Público, Judiciário e Legislativo, meios de comunicação, bem como setores relevantes não representados nos conselhos;
- Acompanhar a aplicação das normas sobre ética em pesquisas aprovadas pelo CNS;
- Acompanhar a implementação das propostas constantes do relatório das plenárias dos Conselhos de Saúde; e
- Atualizar periodicamente as informações sobre o Conselho de Saúde no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS).

Como podemos observar, há uma série de atribuições dos Conselhos de saúde que delegam o poder de decisão sobre o SUS na sua respectiva área de abrangência. Essas atribuições dizem respeito a todo o funcionamento do SUS: seu financiamento, aplicação dos recursos, suas políticas sobre gestão do trabalho, organização do sistema e uma série de prerrogativas de muita responsabilidade e que para implementá-las é necessária uma série de condições como poder de decisão e poder de fiscalização.

Baseado nas atribuições e responsabilidades descritas acima para os Conselhos de saúde, podemos dizer que o conselheiro ao assumir um mandato deve ter uma série de conhecimentos ou mesmo recursos para buscar informações necessárias à sua atuação no exercício do controle social.

As conferências de políticas públicas são definidas segundo Moroni (2010) como espaços de deliberação das diretrizes gerais de uma determinada política pública. São espaços mais amplos que os conselhos, e envolvem outros sujeitos políticos que não fazem parte necessariamente nos conselhos, por isso têm caráter de mobilização social. São espaços compostos por representação paritária, onde governo e sociedade civil decidem de forma transparente e pública. Moroni (2010) ainda argumenta que a criação do sistema descentralizado e participativo (conferências e conselhos nas três esferas de governo e nas diversas políticas públicas) foi e ainda é uma das fórmulas encontradas para que haja controle e exercício popular do poder efetivos, tendo como pressuposto a democracia participativa.

Há participação de toda de grande parcela da sociedade nas conferências nacionais. Para Avritzer (2012), essa participação dá continuidade às formas participativas, que surgiram no país durante o período de redemocratização. Ainda segundo o autor, ela influencia o comportamento dos atores da sociedade civil, mas não está claro ainda como as decisões são tomadas nas conferências e de como elas definem o comportamento do governo na área. O autor destaca que essas formas de participação não descartam as eleições como forma de escolha dos representantes, ela complementa a representatividade a partir da organização da sociedade civil para temas pertinentes aos grupos.

Para Escorel e Bloch (2005) as conferências de saúde são espaços públicos por excelência, onde há a manifestação de interesses divergentes e de conflitos; suas regras de organização e funcionamento são essenciais para que a força de argumentos e a construção de consenso constituam a base das políticas deliberadas.

5. CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE PESQUISADOS

5.1 Conselho Municipal de Saúde (CSM) de Brumadinho

O CMS Brumadinho foi um conselho que se constituiu no início da municipalização da saúde no país, criado por meio de lei municipal nº 651, de 23 de dezembro de 1999. Nessa lei, o presidente era o secretário municipal de saúde. Outras leis foram elaboradas a fim de atualizar a composição do conselho e de, inclusive, definir que o presidente fosse eleito entre os conselheiros. Atualmente, o presidente e vice-presidente são eleitos em plenária do conselho. O objetivo do CMS Brumadinho descrito na lei municipal é atuar na formulação, acompanhamento e controle da política municipal de saúde, compreendendo os aspectos político, econômico e financeiro.

A eleição para os membros do CMS Brumadinho acontece a cada dois anos e, sua composição é paritária, portanto, constitui-se por vinte membros⁸ titulares e o mesmo número de suplentes; sendo cinco representantes do segmento de governo/gestor, cinco representantes do segmento de trabalhadores e dez representantes do segmento de usuários. Os representantes de governo/gestor são indicados pelos órgãos de governo; os representantes dos trabalhadores são eleitos em assembleia específica para esse fim; e os representantes dos usuários, eleitos na conferência municipal de saúde.

O CMS Brumadinho é composto por comissões⁹ permanentes: Comissão Executiva, Comissão de Comunicação e Informação, e Comissão de Fiscalização e Reclamação. Outras comissões podem ser criadas de acordo com os interesses e necessidades do Conselho, podendo ser provisórias ou permanentes.

A Comissão Executiva é composta paritariamente por quatro membros do Conselho e suplentes. Ela objetiva assessorar o funcionamento do conselho, auxiliar os trabalhos do conselho inclusive presidindo reuniões quando o presidente ou vice-presidente estiverem ausentes.

⁸ Segundo a Resolução do CNS 453/2012, o número de conselheiros será definido pelos Conselhos de Saúde e constituído em lei dos respectivos Municípios, Estado e União. Mantendo que as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma: 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde; 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

⁹ Segundo a Resolução do CNS 453/2012, o Conselho de saúde exerce suas atribuições mediante o funcionamento do Plenário, que, além das comissões intersetoriais, estabelecidas na Lei nº 8.080/90, instalará outras comissões intersetoriais e grupos de trabalho de conselheiros para ações transitórias. As comissões poderão contar com integrantes não conselheiros.

A Comissão de Fiscalização e Reclamação é composta paritariamente por oito conselheiros. Objetiva fiscalizar o SUS de Brumadinho para subsidiar os debates e decisões do conselho no âmbito da fiscalização de recursos financeiros, da prestação de serviços. Essa comissão conta com assessoria contábil e jurídica para facilitar suas funções.

A Comissão de Comunicação e Informação¹⁰ é paritária, composta por conselheiros, poderá mediante aprovação, incluir pessoas não vinculadas ao conselho que tenham interesse ou subsídios a oferecer para o bom desempenho das atividades e funções do CMS Brumadinho. Segundo o Regimento Interno, essa comissão tem como objetivo principal elaborar e executar propostas de comunicação entre os conselheiros, o CMS Brumadinho, a secretaria municipal de saúde, os usuários de diversas instituições da sociedade civil e contará com assessoria técnica profissional quando necessária.

5.1.1 Contexto histórico e geográfico do CMS Brumadinho

Como já foi esclarecido anteriormente, Brumadinho está localizado na RMBH-MG. Segundo o IBGE (2010), o município tem uma população de 33.973 habitantes, ocupando uma área de 639,434 quilômetros quadrados. Sua população urbana corresponde a 28.642 habitantes e população rural 5.331 habitantes. A população rural espalha-se em dezenas de povoados, alguns com menos de 100 pessoas, com distâncias que variam de 2 a 30 quilômetros do centro da cidade (OLIVEIRA et al, 1996).

Consideramos importante registrar como é a organização dos serviços de saúde no município. Segundo o guia do SUS de Brumadinho (SECRETARIA..., 2011), o sistema de saúde local está organizado por uma rede de serviços formada por várias unidades de saúde, abrangendo a atenção básica ou atenção primária de saúde, especialidades, urgência e emergência pré-hospitalar e hospitalar. Configurando-se da seguinte forma: 33 Unidades Básicas de Saúde (UBS); um hospital; duas unidades de atendimento imediato ou unidade de pronto atendimento (UPA); uma Policlínica; um Centro de Apoio Psicossocial Adulto (CAPS) e um infantil (CAPSi); Serviço de vigilância à saúde; Laboratório de apoio ao diagnóstico; setor de transporte; Ouvidoria do SUS, e o CMS constituído como um órgão do SUS municipal. Esse sistema de saúde é mantido com recursos federais e municipais.

¹⁰ O Regimento Interno do CMS Brumadinho não expressa o número de membros para esta comissão.

5.1.2 Organização do CMS Brumadinho

Para facilitar a coleta de dados sobre o CMS Brumadinho, elaboramos um formulário solicitando à secretaria executiva e à mesa diretora, as principais informações sobre a organização, para o levantamento da disponibilidade de estratégias de informação e comunicação do Conselho.

Quadro 3 - Organização do CMS Brumadinho

CMS Brumadinho	
Tema	Organização
Data de implantação	23 de dezembro de 1991
Dia e horário da reunião plenária	Toda primeira terça-feira de cada mês, às 18h30min
Periodicidade das reuniões ordinárias e extraordinárias:	Ordinária: uma reunião mensal Extraordinária: de acordo com a necessidade e demanda
Sede do conselho	Funciona em uma sala da Policlínica do Município, localizada na Av. Nossa Senhora do Belo Ramo, 350, bairro Jota. Brumadinho/MG.
O conselho possui profissional administrativo?	Um profissional contratado para secretariar o conselho
Orçamento do conselho	R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais)
O conselho tem autonomia para gerir seu orçamento?	Não
O Conselho tem assessoria técnica?	Está previsto no Regimento Interno a contratação de assessoria técnica, quando deliberado pelo CMS.
O CMS já recorreu ao Ministério Público alguma vez?	Sim, por abuso de poder do prefeito em exercício no ano de 2002. Essa denúncia culminou na sua cassação.
Resoluções homologadas pelo gestor municipal	15 no total
Houve recusa de o gestor homologar	Não

alguma resolução?	
Assiduidade dos conselheiros nas reuniões	Segmento Gestor: não é assíduo Segmento trabalhador e usuário: assíduo
Quanto a estratégias de comunicação	
O CMS possui página na internet?	Não
Possui telefone?	Sim
Possui e-mail ?	Sim
Possui facebook ?	Não
Possui jornal eletrônico?	Não
Possui boletim impresso ?	Sim, em processo de elaboração
Qual periodicidade de publicação do boletim impresso?	Bimestral
Utiliza rádios comunitárias ?	Sim
O CMS acessa periodicamente o site do Conselho Nacional de Saúde ?	Sim
Comunicação externa	
Como CMS comunica suas pautas e decisões para a sociedade?	As deliberações são afixadas em mural na Policlínica Municipal, onde está localizada a sala do Conselho.
Comunicação interna	
Que meios e métodos de comunicação e informação são mais utilizados para a circulação de informações e a tomada de decisões nas plenárias do conselho?	Apresentação oral do tema, explicação e tradução dos documentos mais complexos. A comissão executiva elabora a convocação para ser enviada aos conselheiros, nesta convocação são anexados os documentos que serão apresentados, para que os conselheiros façam uma análise antes da reunião.
Existem problemas de compreensão de documentos por parte dos conselheiros.	Sim
Sobre a pauta das reuniões	
Como é elaborada a pauta?	A comissão executiva reúne-se e define os pontos de pauta de acordo com o que os conselheiros propõem nas reuniões plenárias.

Quem define a pauta?	A comissão executiva
Quem faz a leitura da pauta?	O presidente do CMS
O tema comunicação e informação fizeram parte da pauta do conselho nos últimos dois anos?	Não
Como o conselho acompanha a implantação do que foi decidido nas conferências?	Não acompanha
Outras informações	
O CMS faz parte do Programa de Inclusão Digital (PID) do Conselho Nacional de Saúde? Como?	Sim, através de preenchimento de um cadastro do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS). Aguarda o recebimento de equipamentos e um aparelho de televisor.
Os dados do CMS e dos conselheiros são atualizados periodicamente? Se sim, quem faz isso?	Sim. A secretária do CMS Brumadinho.

Fonte: Quadro elaborado pela pesquisadora.

5.2 O Conselho Municipal de Saúde de Sarzedo

O CMS de Sarzedo foi criado por meio da Lei Municipal nº 019, de 29 de setembro de 1997. O município foi emancipado no ano de 1997, neste mesmo ano toma posse o primeiro prefeito e os primeiros vereadores municipais. O conselho foi organizado juntamente com outras providências administrativas que o município teve que realizar para receber recursos e para montar sua organização político-administrativa. A lei o criou definiu que o presidente no primeiro mandato seria o diretor do Departamento Municipal de Saúde¹¹; e no segundo mandato, o presidente seria eleito entre seus membros em plenária do conselho.

O objetivo do CMS Sarzedo descrito na lei é atuar na formulação, acompanhamento e controle da política municipal de saúde, compreendendo os aspectos político, econômico e financeiro.

A eleição para o CMS Sarzedo acontece a cada dois anos e o conselho é paritário, constituindo-se por 16 membros titulares e suplentes: quatro representantes do segmento de

¹¹ Na época, o órgão responsável por gerenciar os serviços de saúde era o Departamento Municipal de Saúde, posteriormente transformado em Secretaria Municipal de Saúde.

governo/gestor, quatro representantes do segmento de trabalhadores e oito representantes do segmento de usuários. Os representantes de governo/gestor são indicados pelos órgãos de governo; os representantes dos trabalhadores são eleitos em assembleia específica para esse fim; e os representantes dos usuários são eleitos na conferência municipal de saúde.

O CMS Sarzedo é composto por Plenário e Mesa Diretora. O Plenário é o órgão de deliberação plena e conclusiva, configurado pela reunião ordinária e extraordinária dos membros do conselho. A Mesa Diretora é composta paritariamente por quatro membros (presidente, vice-presidente e secretários), definidos por consenso entre os eleitos juntamente com a plenária. A Mesa Diretora é responsável por presidir as reuniões do conselho, controlar a presença dos integrantes, convocar reuniões, responder pelos assuntos administrativos, econômicos e operacionais submetidos a apreciação e deliberação do conselho; além de divulgar reuniões, encaminhar solicitações, providências e recomendações determinadas pelo Plenário.

Embora não faça parte do corpo do CMS de Sarzedo, em seu Regimento Interno está expressa a figura da Comissão Local de Saúde. Essa comissão deve ser criada em cada unidade de saúde do município e deve seguir as diretrizes e normativas do Regimento Interno do CMS Sarzedo. Ela deverá ser formada por trabalhadores, usuários e representante da gestão municipal; os conselheiros municipais de saúde usuários¹² deverão participar necessariamente das comissões locais nas respectivas áreas de abrangência.

No Regimento Interno não está claro se o CMS de Sarzedo poderá formar outras comissões, no entanto está descrito que os casos omissos serão resolvidos pela plenária do conselho. Embora não tenha nenhuma menção sobre comissão de comunicação no Regimento Interno, em reunião do dia 11/06/2013 foi criada a Comissão de Comunicação, com o objetivo de providenciar a confecção de boletim informativo e outras questões pertinentes à comissão.

5.3 Contexto histórico e geográfico do CMS Sarzedo

O município de Sarzedo está localizado na RMBH – MG, como já mencionado. Segundo o IBGE (2010), ele possui uma área de 62,143 quilômetros quadrados e uma população de 25.814 habitantes, predominantemente urbana. Podemos considerar que é um município novo de acordo com a data da sua emancipação.

¹² Os conselheiros representantes de usuários são eleitos durante a realização da pré-conferência municipal de saúde, em cada área de abrangência do município.

Os serviços de saúde do município estão organizados em: seis Unidades Básicas de Saúde; uma Policlínica que realiza atendimento de urgência e emergência (Pronto atendimento); Centro de Controle de Zoonoses; Serviço de Saúde Mental. Esse sistema de saúde é mantido com recursos federais, estaduais e municipais. O CMS está contido como um órgão do SUS municipal.

5.3.1 Organização do CMS Sarzedo

Quadro 4 - Organização do CMS Sarzedo

CMS Sarzedo	
Tema	Organização
Data de implantação	29 de setembro de 1997
Dia e horário da reunião plenária	Segunda terça-feira do mês, às 14h00
Periodicidade das reuniões ordinária e extraordinária:	Ordinária: uma reunião mensal Extraordinária: de acordo com a necessidade e demandas. Ver regimento
Sede do conselho	Localizada em uma sala do prédio onde funcionou o antigo hospital do município, e onde hoje funciona a farmácia central da Secretaria municipal de saúde. Rua Eva Fernandes Caldeira, nº 222, bairro Sarzedo/MG.
O conselho possui um profissional administrativo?	Sim, um profissional com cargo comissionado
Orçamento anual do conselho	R\$ 23.000,00 (vinte e três mil reais)
O conselho tem autonomia para gerir seu orçamento?	Sim
O Conselho tem assessoria técnica?	Não
O CMS já recorreu ao Ministério Público alguma vez ?	Não, mas já apoiou uma denúncia de empresa poluidora no município.
Resoluções homologadas pelo conselho	As resoluções não eram homologadas pela gestão municipal. A partir de 2013, ficou

	estabelecido que o gestor deve homologar e publicar as resoluções.
Houve recusa de o gestor homologar alguma resolução?	Não
Assiduidade dos conselheiros nas reuniões	Maior assiduidade dos conselheiros usuários; segmento de trabalhadores e gestores são menos assíduos.
Quanto a estratégias de comunicação	
O CMS possui página na internet?	Não
Possui telefone?	Sim
Possui e-mail?	Sim
Possui facebook ?	Não
Possui jornal eletrônico?	Não
Possui boletim impresso ?	Não
Qual periodicidade de publicação do boletim impresso?	Não
Utiliza rádios comunitárias ?	Não
O CMS acessa periodicamente o site do Conselho Nacional de Saúde?	Sim
Comunicação externa	
Como CMS comunica suas pautas e decisões para a sociedade?	Por meio das comissões locais que funcionam nas unidades de saúde do município. Mas não comunica por meio de um informativo oficial do conselho.
Comunicação interna	
Que meios e métodos de comunicação e informação são mais utilizados para a circulação de informações e a tomada de decisões nas plenárias do conselho?	Apresentação oral dos temas a serem debatidos A convocação é enviada para os conselheiros e na maioria das vezes são enviados documentos para leitura prévia dos conselheiros. Leitura antecipada dos documentos pela mesa diretora.
Existem problemas de compreensão de	Sim

documentos por parte dos conselheiros?	
Sobre a pauta das reuniões	
Como é elaborada a pauta?	A partir de reunião da mesa diretora, demanda da gestão e do plenário do conselho.
Quem define a pauta?	A mesa diretora
Quem faz a leitura da pauta?	Presidente do conselho
O tema “comunicação e informação” fizeram parte da pauta do conselho nos últimos dois anos?	Sim, com o tema “formação da comissão de comunicação do conselho”.
Como o conselho acompanha a implantação do que foi decidido nas conferências ?	Abordando os temas nas reuniões ordinárias
Outras Informações	
O CMS faz parte do Programa de Inclusão Digital (PID) do Conselho Nacional de Saúde? Como?	Sim, através de preenchimento de um cadastro do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS).
Os dados do CMS e dos conselheiros são atualizados periodicamente? Se sim, quem faz isso?	Sim, pelos membros da mesa diretora

Fonte: Quadro elaborado pela pesquisadora a partir de informações cedidas pelo presidente e vice-presidente do CMS Sarzedo.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse capítulo apresentaremos os resultados e discussão da observação participante, da análise documental e das entrevistas.

6.1 Caracterização da dinâmica da reunião plenária do CMS Brumadinho

As reuniões do CMS Brumadinho acontecem no *hall* da policlínica municipal, esta funciona para atendimento ao público até as 18 horas. Após esse horário, o espaço é utilizado somente pelo conselho. As cadeiras são dispostas em fileiras organizadas como em um auditório, uma mesa é colocada à frente das cadeiras para que o presidente coordene as reuniões, e quando há palestrantes, eles utilizam essa mesa como apoio para os trabalhos. Observamos que há aproximadamente sessenta cadeiras no espaço, que são utilizadas tanto pelos conselheiros, quanto para receber convidados e público em geral. O *hall* tem aproximadamente oitenta metros quadrados e fica próximo da sala onde funciona o conselho. Em todas as reuniões é servido um lanche que fica servido na sala do conselho.

Durante as reuniões plenárias, todos os conselheiros efetivos e suplentes recebem um cartão de votação de cor amarela, isso serve para facilitar a contagem de votos. Para pronunciar a fala as pessoas levantam a mão, não é utilizado microfone.

Segundo o Regimento Interno¹³ do CMS Brumadinho, as sessões plenárias instalam-se com a presença da maioria simples dos seus membros, as reuniões tem teto de duas horas, podendo ser prorrogadas se a plenária assim definir. Consta também que as sessões plenárias são abertas ao público e que todos que desejarem se pronunciar têm direito a três minutos de fala. Não está expresso no regimento a ordem da dinâmica da reunião, no entanto, fomos informados pela secretária executiva do conselho que as reuniões plenárias seguem pauta organizada na seguinte ordem: leitura da ata da reunião anterior, tema para pauta, informes da mesa diretora e informes dos presentes - essa ordem poderá ser invertida de acordo com a decisão da plenária do conselho. As reuniões não são gravadas: a secretária anota todas as falas simultaneamente, este é um trabalho difícil, minucioso. Percebemos que é recorrente a correção das atas principalmente no que diz respeito às falas dos presentes. A falta do gravador pode ser o responsável por esse problemas. Observamos que as reuniões iniciam com atraso de trinta minutos a uma hora.

¹³ Regimento Interno do CMS Brumadinho vigente é de nove de outubro de 2007.

Apresentaremos a síntese de cada reunião do CMS Brumadinho para melhor visualização e comentários da observação participante.

Quadro 5 - Síntese de Reunião Ordinária do CMS de Saúde Brumadinho 03.12.2013

Reunião Ordinária do CMS de Saúde de Brumadinho	
Data: 03/12/2013	
Itens da Pauta	Observações
1) Apresentação da proposta de criação e funcionamento de uma Farmácia Distrital na Zona Rural.	O presidente do conselho explicou que esse ponto de pauta não seria apresentado, por motivo de estar sendo finalizado e discutido pela secretaria de saúde.
2) Leitura, correção e aprovação 86ª ata ordinária e assinatura da 85ª ata ordinária.	Após ressalvas, a ata foi aprovada e a 85ª ata foi assinada.
3) Informes da mesa.	Não houve informes da mesa.
4) Informes dos Conselheiros e participantes	Foram vários informes.
5) Revelação de amigo oculto.	Foi feita a revelação de amigo oculto, em clima festivo como confraternização de final de ano.

Fonte: Quadro elaborado pela pesquisadora.

Os conselheiros vão chegando para o início da reunião, cumprimentam-se, conversam entre si, a secretária recolhe assinaturas na lista de presença dos conselheiros e dos convidados. Observamos um clima de respeito entre os presentes, todos são conhecidos, o que torna fácil a conferência dos presentes.

Após conferência de quórum mínimo, o presidente do CMS Brumadinho iniciou a reunião, cumprimentou a todos e falou sobre a pauta da reunião, esclarecendo que o primeiro ponto de pauta sobre a implantação da farmácia distrital não seria discutido, pois a secretaria de saúde solicitou o adiamento desse ponto de pauta. Após, ler todos os pontos de pauta, apresentou os visitantes presentes na reunião: estagiárias do curso de odontologia e Berenice de Freitas Diniz, que apresentou o projeto de pesquisa que seria realizado no conselho. Em seguida, a secretária do conselho fez a leitura da ata da reunião anterior, durante a leitura os conselheiros apresentaram as ressalvas e, após o presidente colocar em votação a ata que foi

aprovada, as correções foram feitas imediatamente e a ata disponibilizada para ser assinada. Depois o presidente passou aos informes, leu as justificativas de ausência. Nesse momento várias falas surgiram no plenário:

Presidente, há muitos presentes que não estão votando, quando o efetivo falta, o suplente deve votar, ele deve receber o cartão de votação, tem trabalhadores suplentes que não receberam o crachá. (informação verbal)¹⁴

Percebe-se que os conselheiros consideram a votação muito importante, é uma ação que caracteriza a participação do conselheiro e que por isso ninguém com direito a voto deve ficar de fora. Após discussão, foi acordado que a partir da próxima reunião seria corrigido esse erro. Depois iniciaram-se os informes dos conselheiros e do trabalho das comissões do conselho. A comissão de fiscalização apresentou relatório de visita realizado em uma unidade de saúde do município cujo teor é de denúncia de constatação de várias irregularidades nesta unidade, e solicitou que o conselho tome providências. Quando a conselheira apresentou o relatório da comissão, todos os presentes prestaram atenção e surpreenderam-se com a situação, ela então disse: “Cada conselheiro presente aqui tem uma obrigação moral de discutir esse problema, não só como conselheiro, mas como cidadão.” (informação verbal)¹⁵. Essa conselheira chama a atenção dos demais para a sua responsabilidade enquanto cidadão, esclarece que esse assunto deve ser levado em consideração: ao deparar com uma situação de irregularidade, o conselho tem que tomar providências. Após discussão, onde a maioria dos conselheiros presentes se posicionou, o conselho definiu que o documento da comissão de fiscalização deveria ser levado ao conhecimento do secretário municipal de saúde, solicitando esclarecimentos e providências.

No decorrer da reunião, observou-se que nenhuma fala é tolhida: o conselheiro que deseja falar toma a fala, às vezes fala um pouco mais alto para se fazer ouvir. Vários informes foram dados, um dos que nos chamou a atenção foi a solicitação para que todos os conselheiros apresentassem fotos para o crachá do conselheiro; segundo eles, o crachá é fundamental para atuação do conselho, principalmente em relação a contas públicas.

Durante os informes, um conselheiro falou sobre o projeto da farmácia distrital que não foi apresentado pela secretaria de saúde, ele falou mais alto, desejando ser ouvido por todos. Ao falar sobre isso, provocou um burburinho no plenário: uns concordaram, outros

¹⁴ Fala de um conselheiro do segmento de usuário em reunião do Conselho de Sarzedo, dia 03 de dezembro de 2013. Registro feito pela pesquisadora Berenice de Freitas Diniz.

¹⁵ Fala de uma conselheira do segmento de usuário em reunião do Conselho de Sarzedo, dia 03 de dezembro de 2013. Registro feito pela pesquisadora Berenice de Freitas Diniz.

disseram que aquele não era ponto de pauta, que o projeto não estava em discussão. O conselheiro que iniciou a discussão disse que apenas estava solicitando que todos os conselheiros ficassem atentos a esse projeto, pois ele é muito importante.

Prosseguindo os informes, um conselheiro solicitou a fala para dizer que até aquele momento estava representando o conselho no acompanhamento do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS (SARGSUS) e que era preciso o conselho definir se ele devia continuar ou não. Os conselheiros pediram esclarecimentos sobre como funcionava a comissão de acompanhamento do SARGSUS e foram informados que a comissão se instala somente quando chegam os relatórios de gestão, mas é preciso ter um representante do conselho que tem a senha de acesso do sistema do SARGSUS. Os conselhos presentes solicitaram ao conselheiro que ele permaneça como responsável e que na reunião seguinte se discutiria o assunto como ponto de pauta.

O SARGSUS é o Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão, e objetiva o acompanhamento das políticas e ações de saúde. O conselho deve acompanhar o Sistema e verificar as informações de acordo com o que é deliberado no conselho sobre o Relatório Anual de Gestão (RAG). Segundo o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (2011), o SARGSUS é uma importante ferramenta de gestão e o conselho deve apreciar o RAG com as informações contidas no SARGSUS:

Visando apoiar tecnicamente aos municípios e aos estados a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) do Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS (DEMAGS/SGEP), desenvolveu uma ferramenta eletrônica com o intuito de facilitar a construção desse instrumento. [...] O SARGSUS foi construído para disponibilizar a maior parte das informações a serem utilizadas pelas áreas técnicas quando da construção do instrumento garantindo assim a facilidade na obtenção de informações. Os dados são importados dos sistemas de informação disponíveis e utilizados tais como: SISPACTO, Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), além de dados importados das bases do DATASUS e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Com o SARGSUS o município poderá produzir seu relatório eletronicamente e enviar ao Conselho de Saúde para apreciação. (COSEMS ALAGOAS, 2011, n.p).

Optamos por fazer um breve destaque mostrando o que é o SARGSUS, porque esse tema foi apresentado por um conselheiro responsável pelo acompanhamento do sistema, e os demais demonstraram desconhecimento sobre ele e sobre a operacionalização das

informações. Como observamos, o SARGSUS é um instrumento muito importante para o acompanhamento das ações e gastos públicos em saúde de uma localidade.

os diferentes repertórios discursivos presentes em cada conselho de saúde, já que em um mesmo ambiente podem coexistir diferentes contextos comunicativos que interferem significativamente na produção, circulação e recepção de mensagens, como a diversidade sócio-cultural que marca a ação e a prática discursiva dos segmentos que compõem os conselhos. Em outras palavras, estamos diante de relações de poder presididas por diferentes formas de competência, como a do saber, do poder dizer e saber dizer e do poder fazer que determinam a práxis discursiva na arena dos conselhos de saúde. (OLIVEIRA, V. 2004, p. 67).

Observamos nesta reunião, o quão diferentes são os repertórios discursivos e como a cada momento são evocados saberes, quem é legitimado como liderança, como alguém que sabe do assunto é ouvido atentamente, e como os conselheiros acompanham a decisão desses que são os esclarecedores. Ou seja, para se chegar a um veredicto, os conselheiros legitimam, ou não, aqueles que discursam sobre determinado tema - nesse sentido, está presente uma relação de poder.

Em seguida, a palavra foi repassada a nós. Na ocasião, falamos sobre a pesquisa realizada no município, como parte de uma dissertação do mestrado do ICICT/Fiocruz, que trata de um estudo sobre conselhos e conferências de saúde em dois Municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte - MG: Brumadinho e Sarzedo, com o objetivo de ouvir a opinião dos conselheiros de Saúde sobre o tema da comunicação e informação para o controle social do SUS. As entrevistas deveriam ser autorizadas por cada conselheiro, e que havia um critério para escolha dos entrevistados, inclusive o desejo de responder à entrevista. Esclarecemos que a pesquisa só poderia ser feita após aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz/Rio de Janeiro, que apresentamos o projeto ao presidente do conselho, este emitiu um documento autorizando a pesquisa, mas que assim que fosse aprovado pelo comitê estaríamos na reunião do conselho, por isso a nossa participação começando nessa reunião, e que deveria participar de mais duas reuniões para realizar a observação participante. Alguns conselheiros manifestaram o desejo de participar das entrevistas e solicitaram à pesquisadora que apontasse erros do conselho, para que assim pudessem melhorar sua atuação, pedindo-nos que retornássemos para apresentar os resultados. Percebemos o interesse dos conselheiros em participar das entrevistas, muitos agradeceram e colocaram-se à disposição para dar todas as informações necessárias à realização da pesquisa. Esse foi o último informe da reunião, e esta,

a última reunião do ano de 2013. Em seguida, iniciou-se a revelação do amigo oculto e a confraternização do final de ano, ali no mesmo local da reunião. Havia um clima festivo, de alegria e desejo de feliz ano novo.

Quadro 6 - Síntese de Reunião Ordinária do CMS de Saúde Brumadinho 07.01.2014

Síntese de Reunião Ordinária do CMS de Saúde de Brumadinho	
Data: 07/01/2014	
Itens da Pauta	Observações
1) Programa de Educação Permanente (PEP).	A SMS fez a exposição sobre o programa, não houve deliberação sobre esse tema, foi apenas uma pauta informativa.
2) Leitura, correção e aprovação da 87ª ata ordinária.	Ata aprovada.
3) Informes da mesa	PID – Disponibilização de equipamentos para o CMS de Brumadinho.
4) Informes dos Conselheiros e participantes.	Houve vários informes dos conselheiros presentes.

Fonte: Quadro elaborado pela pesquisadora

Nesta reunião, o secretário municipal de saúde estava presente. Antes de começar, conversou informalmente com alguns conselheiros, alguns solicitaram uma reunião com ele. O secretário pediu para agendar no gabinete, disse que está a disposição.

O presidente do CMS de Brumadinho iniciou a reunião desejando a todos um feliz ano novo e lendo a pauta. Houve esclarecimento realizado por uma médica que é responsável por um programa na secretaria municipal de saúde, ela falou sobre o Programa de Educação Permanente (PEP), explicou que os profissionais médicos fazem essa formação na primeira quarta-feira de cada mês, que é um momento importante para a formação dos profissionais. Após a sua fala houve pronunciamentos dos conselheiros, uma conselheira esclareceu:

A proposta da secretaria falar sobre o PEP, não era para saber o que era o programa e sim saber como ficarão as áreas descobertas sem profissionais para atender a população, principalmente na área rural. (informação verbal)¹⁶

Outra conselheira pediu a fala e sobre esse assunto explicou que:

O problema vivenciado na minha comunidade é que somos atendidos no ponto de apoio às quartas-feiras, e quando há reunião do PEP, ficamos sem o atendimento. Sugiro que mesmo sem o médico haja atendimento de um profissional de saúde para dar orientações, informações e verificar pressão arterial dos usuários.(informação verbal)¹⁷

Os demais conselheiros se pronunciaram apoiando a fala da conselheira acima, afirmando que é importante que a secretaria de saúde solucione esse problema. Passou-se então à leitura da ata da reunião anterior, sobre ela foram feitas ressalvas: os conselheiros solicitaram que as suas falas fossem registradas em ata, na íntegra, conforme eles falaram, as ressalvas foram acatadas pelo plenário e a ata foi aprovada, encaminhada para correção e voltou a ser lida com as modificações nesta reunião. Em seguida, uma conselheira se pronunciou:

Enquanto não derem uma solução para o problema que eu denunciei na secretaria de saúde sobre uma pessoa da comunidade que cria animais em sua residência e sem cuidados, eu não vou votar em nenhuma matéria do CMS Brumadinho, e que isso é seu manifesto. (informação verbal)¹⁸

Esse pronunciamento causou uma série de reações do plenário: todos começaram a falar ao mesmo tempo, alguns conselheiros disseram que era muito importante ela votar, outros disseram que ela tinha que votar, inclusive tinha o direito de abster-se da votação, e dar declaração de voto de acordo com o Regimento Interno do CMS Brumadinho, passada essa polêmica que durou um bom tempo. O presidente retomou a fala e deu prosseguimento à reunião, ele informou que recebeu um e-mail sobre o Programa de Inclusão Digital (PID) para conselheiros e que será fornecido pelo Ministério da Saúde (MS) um aparelho televisor (TV) digital com sinal de TV via satélite¹⁹, da empresa de telecomunicações Oi, e informou que esse aparelho de TV será utilizado para formação dos conselheiros. Logo após passou ao

¹⁶ Fala de uma conselheira do segmento de usuário em reunião do Conselho de Sarzedo, dia 07 de janeiro de 2014. Registro feito pela pesquisadora Berenice de Freitas Diniz.

¹⁷ Fala de uma conselheira do segmento de usuário em reunião do Conselho de Brumadinho, dia 07 de janeiro de 2014. Registro feito pela pesquisadora Berenice de Freitas Diniz.

¹⁸ Fala de uma conselheira do segmento de usuário em reunião do Conselho de Brumadinho, dia 07 de janeiro de 2014. Registro feito pela pesquisadora Berenice de Freitas Diniz.

¹⁹ TV com transmissão via satélite, tem sinal disponibilizado por assinatura. O MS disponibilizará a assinatura para os conselhos de saúde.

ponto de pauta da proposta de calendário de reuniões plenárias e das comissões do CMS Brumadinho para o ano de 2014. Os conselheiros se manifestaram sobre o horário e dia das reuniões, falaram que o horário deve ser cumprido, e uma conselheira disse:

Quanto ao calendário, se já temos um calendário aprovado é necessário que a secretaria respeite essas datas e nos envie os assuntos e documentos anteriormente às reuniões para que os conselheiros possam conhecer, possam ler e discutir o assunto, e falta um planejamento para atuação do conselho.(informação verbal)²⁰

Logo após, uma conselheira representante do segmento de governo disse que fez as correções da ata conforme solicitado pelos conselheiros e que passaria a ata a todos que solicitaram as modificações para ver se aprovariam ou não as alterações feitas. Nesse momento, criou-se certo tumulto: todos falavam ao mesmo tempo, uns pediram que a ata fosse lida novamente, outros disseram que era melhor ler somente as modificações, alguns falando mais alto que outros (instalou-se certa confusão), então o presidente retomou a fala em voz mais alta e pediu tranquilidade dizendo que colocaria em votação essa questão, as falas continuaram e a conselheira que fez as modificações na ata, disse que leria rapidamente as modificações e todos acataram esse encaminhamento, e assim foi feito, logo após a ata foi impressa e os conselheiros a assinaram.

O presidente informou que uma conselheira recebeu um comunicado do CMS Brumadinho informando a ela que por motivo de faltas não justificadas seria desligada do conselho. O secretário de saúde pediu a fala: iniciou agradecendo à comissão de fiscalização do conselho, pois segundo ele, essa comissão tem apontado vários problemas no sistema de saúde da cidade e que considera a sua atuação importante para melhorias no SUS e para os usuários. O secretário deu informes gerais de atuação da secretaria municipal de saúde, falou sobre a lei de cuidados com os cães, a construção do hospital municipal que será feito em um novo projeto, sobre reformas realizadas na policlínica e hospital velho, e ainda, que sete postos de saúde serão reformados. Disse também que é importante que as unidades de saúde sejam lugares prazerosos para os trabalhadores e que os usuários sejam tratados com dignidade. Também falou sobre a informatização da rede de saúde do município e que hoje não há controle, então é preciso informatizar para controlar; pediu desculpas por ter faltado uma ou duas reuniões por motivo de trabalho, mas disse que considerava importante dar esses informes para os conselheiros. Durante a fala do secretário, observamos que a maioria dos

²⁰ Fala de um conselheiro do segmento de usuário em reunião do Conselho de Brumadinho, dia 07 de janeiro de 2014. Registro feito pela pesquisadora Berenice de Freitas Diniz.

conselheiros presentes ficou atenta, uns o questionaram enquanto ele falava, ele pediu silêncio para falar. Depois de terminada a exposição, os conselheiros fizeram perguntas, pediram esclarecimentos, e todos foram respondidos.

Logo após, um conselheiro representante do segmento de usuários pediu a fala, ele queria ler uma carta que fez para o CMS Brumadinho. Nesta carta, o conselheiro felicitou a todos pelo ano novo, e fez críticas à atuação do conselho dizendo:

O CMS de Brumadinho não tem feito o seu papel fiscalizador e deliberativo, o conselho está subserviente já há alguns anos, e que vários presidentes não cumprem seu papel. (Informação verbal)²¹

Após a leitura da carta, o conselheiro foi aplaudido pela maioria dos presentes que demonstraram concordância com a carta, alguns conselheiros deram risadas e não deram importância a essa carta, fazendo comentários uns com os outros. Prosseguindo a reunião, uma conselheira disse que a unidade de saúde da sua comunidade recebeu a doação de um aparelho de ultrassom e que os usuários foram informados que não têm como fazer ultrassom lá, ela pediu esclarecimentos ao secretário sobre esse assunto. O secretário explicou que esse aparelho não pôde ser doado porque o doador é um médico e vereador, e de acordo com a lei ele não pode fazer esse tipo de doação pessoal, e que ultrassom não é um problema no SUS de Brumadinho. Enquanto a conselheira pedia os esclarecimentos todos falavam ao mesmo tempo: uns diziam que aquele não era ponto de pauta; outros comentavam o assunto. O presidente disse que todos têm que respeitar as falas e todos têm o direito de falar, e passou a fala para um conselheiro. Uma conselheira perguntou: “De novo?” E o conselheiro falou sobre uma experiência sua de atendimento na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), sobre o descanso de profissional médico no momento em que devia estar atendendo os usuários. Na sequência, esse mesmo conselheiro perguntou ao secretário porque houve uma festa de final de ano para os funcionários da saúde e para o conselho não? Houve tumulto nesse momento, os conselheiros apoiaram o questionamento e pediram esclarecimentos. O secretário informou que nem a prefeitura, nem a secretaria de saúde pode realizar festas com dinheiro público; segundo o Tribunal de Contas não se pode usar recurso público para privilegiar poucos e por isso, essa festa para os funcionários foi patrocinada por várias pessoas. Esse tema gerou muita polêmica, ocorreram falas em tons mais altos, uma confusão foi estabelecida, alguns conselheiros se levantaram, e o conselheiro que fez a indagação disse que quando o assunto é

²¹ Fala de um conselheiro do segmento de usuário em reunião do Conselho de Brumadinho, dia 07 de janeiro de 2014. Registro feito pela pesquisadora Berenice de Freitas Diniz.

polêmico a reunião é desfeita para que ninguém faça nada a respeito. E nesse clima confuso, a reunião deu-se por encerrada.

Quadro 7 - Síntese de Reunião Ordinária do CMS de Saúde Brumadinho 25.02.2014

Síntese de Reunião Extraordinária do CMS de Saúde de Brumadinho	
Data: 25/02/2014	
Itens da Pauta	Observações
1) Leitura da ata.	Aprovada após ressalvas.
2) Discussão de convênio com projeto “Arte e Vida”.	Não foi necessário realizar votação sobre esse tema. Após amplo debate todos chegaram a um acordo.
3) Informes.	Não houve informes.

Fonte: Quadro elaborado pela pesquisadora

Essa reunião extraordinária foi convocada para o conselho discutir e deliberar sobre o convênio com o Projeto “Arte e Vida”. O presidente do CMS Brumadinho iniciou a reunião dando boas-vindas a todos, passou a palavra ao secretário municipal de saúde, que falou sobre a importância do conselho, das pessoas que querem participar e também:

Nós temos que nos unir, corrigir as falhas, mas trabalhar em conjunto. O município de Brumadinho tem um dos melhores sistemas de saúde pública da região, e nós temos muito o que fazer. Esse Projeto é muito importante porque as pessoas são voluntárias, e ser voluntário é uma missão e que por isso considero esse projeto muito importante para ajudar a cuidar e recuperar a saúde de usuários de drogas e com problemas mentais. (informação verbal)²²

Todos os presentes escutaram a fala do secretário. Depois um conselheiro pediu a fala para ler um documento contendo a análise que ele realizou sobre o projeto. Esse conselheiro leu o documento em voz alta e todos prestaram bastante atenção à leitura. Destacamos que esse conselheiro quando emite a fala, durante as reuniões observadas, é sempre ouvido com atenção. O conselheiro revelou na carta que estudou o projeto profundamente e, baseado no

²² Fala de um conselheiro do segmento gestor/governo em reunião do Conselho de Brumadinho, dia 25 de fevereiro de 2014. Registro feito pela pesquisadora Berenice de Freitas Diniz.

Decreto da Presidência da República Nº 1.232 e na Lei Federal 8.142/1990, e falou sobre a impossibilidade da secretaria municipal de saúde realizar convênio com a associação para realização do projeto. Isso porque o SUS no município já tem serviço para atendimento aos usuários da saúde mental. Destacamos aqui um trecho da carta lida:

Na apresentação do projeto em tela, notou-se que os apresentadores da matéria, na ânsia de aprovar o projeto de qualquer maneira ou a qualquer custo, subestimaram a inteligência dos conselheiros e competência do conselho, para deliberar sobre contrato ou convênio celebrado ou a celebrar com a secretaria de saúde local [...] Deve ser lembrado aos interessados, que não se exerce filantropia subvertendo as leis e normas ditadas pelo Sistema Único de Saúde das quais o conselho é guardião atento. Diante das razões fundamentadas e denotadas neste texto, o conselho não pode aprovar matérias em desacordo com a lei. Oportunamente declaro o meu voto contra, para assegurar o respeito à lei e a soberania do conselho. (informação verbal)

²³

Terminada a leitura da carta, os presentes ficaram reflexivos e por alguns instantes, não houve comentários. Após um tempo, cerca de dois minutos, uma conselheira representante do segmento de governo/gestão disse que o primeiro lugar procurado para apresentar o plano de trabalho do projeto foi o conselho, disse ainda que de certa maneira sentiu-se ofendida com as declarações, e explicou que em nenhum momento houve má fé ou desrespeito ao CMS Brumadinho. Após, o presidente falou o secretário deveria ser ouvido porque tem muitas opiniões divergentes. O conselheiro que leu a carta disse que não se tratava de opinião, é a lei. O secretário tomou a palavra e falou em defesa do projeto, ele pediu para que os conselheiros votando a favor, ou votando contra reconhecessem que esse é um trabalho muito importante, realizado por uma pessoa da comunidade sem nenhum apoio da secretaria de saúde. Uma conselheira representante do segmento governo/gestão falou que a legislação do SUS é muito complexa e tem definições sobre o que o SUS pode fazer e, que inclusive, o secretário responde legalmente sobre qualquer investimento e utilização dos recursos financeiros do SUS. Esclarecendo que, portanto, há impedimento legal da secretaria de saúde fazer convênio para esse projeto, pois já existe um serviço na rede de saúde mental, mas que isso não impede que a administração pública faça o convênio.

O presidente falou que após os esclarecimentos, o conselho tinha que colocar em votação essa matéria. Várias pessoas falaram ao mesmo tempo na defesa do projeto, o conselheiro que leu a carta, pediu a fala e disse que não precisava ser votado, que todos se

²³ Trecho da carta lida por um conselheiro usuário em reunião do Conselho de Brumadinho, no dia 25 de fevereiro de 2104. Registro feito pela pesquisadora Berenice de Freitas Diniz.

sentiam esclarecidos que esse projeto não poderia ter parceria financeira do SUS, mas que o projeto tem mérito e que deveria ser encaminhado à secretaria de ação social para realização de convênio. O secretário disse ainda que a idealizadora do projeto pode ser contratada para trabalhar junto à equipe da unidade Centro de Apoio Psico Social (CAPS) para realização das oficinas de arte. A responsável pelo projeto estava presente e disse que se sentiu muito feliz em ir ao CMS de Brumadinho, pois ela não conhecia o conselho. Em seguida, deu-se por encerrada a reunião.

6.2 Caracterização da dinâmica da reunião plenária do CMS Sarzedo

As reuniões acontecem na sede do conselho, às 14 horas, na segunda terça-feira do mês. A sala do CMS Sarzedo está localizada em um prédio onde funciona a distribuição de medicamentos da Secretaria municipal de saúde. A sede é composta por uma sala que comporta a mesa da secretária do conselho com computador, essa mesma sala é usada para a realização das reuniões, é uma sala pequena, com aproximadamente trinta metros quadrados, pouco arejada, e durante as reuniões plenárias do conselho, não tem como a secretária realizar suas atividades diárias, porque o seu espaço de trabalho é ocupado pela reunião. As cadeiras são dispostas em fileira, há cadeiras suficientes para os conselheiros, não cabendo muitos convidados. Em todas as reuniões é servido um lanche que fica disposto no corredor em frente à sala de reunião.

Para pronunciar a fala, não é utilizado microfone, as pessoas levantam a mão demonstrando que desejam falar, levantam-se ou permanecem sentadas, e falam. As reuniões são gravadas para ajudar na confecção da ata. Não há problema para contagem de votos, pois os conselheiros se conhecem e não é utilizado nenhum cartão ou outro instrumento de identificação para votar.

Depois de confirmado o quórum mínimo para a realização da reunião plenária, segundo o Regimento Interno²⁴ do CMS Sarzedo, a dinâmica da reunião segue a seguinte ordem: no primeiro momento, ocorre a leitura e aprovação das atas anteriores – essa ata deve ser aprovada, se necessário, com correções, sem a aprovação da ata, não se pode discutir outro assunto, ficando suspensa a pauta daquele dia; no segundo momento, é realizada a leitura de expediente, comunicados, moções, indicações, proposições; no tempo restante, é realizada a discussão e deliberação sobre matéria em pauta, formação de comissão de matéria específica,

²⁴ O regimento Interno do CMS Sarzedo vigente foi atualizado em 17 de fevereiro de 2012.

distribuição de processos para elaboração de pareceres das comissões formadas, indicação de pauta para a reunião seguinte e discussão de assuntos gerais.

Apresentaremos a síntese de cada reunião do CMS Sarzedo para melhor visualização e comentários da observação participante.

Quadro 8 - Síntese de Reunião Ordinária do CMS de Saúde Sarzedo 10.12.2013

Síntese de Reunião Ordinária do CMS de Saúde de Sarzedo	
Data: 10/12/2013	
Itens da Pauta	Observações
1) Prestação de contas	Não foi realizada devido a ausência do representante da SMS para apresentar a prestação de contas.
2) Leitura e aprovação da ata	Ata aprovada.
3) Informes	Os informes são dados pelos conselheiros presentes e convidados.
4) Vigilância em Saúde do Trabalhador - Discussão da aprovação do Plano de Saúde do Trabalhador.	Após apresentação e esclarecimentos, foi aprovado pelo CMS Sarzedo.
5) Agenda mínima do CMS Sarzedo para 2014.	Foi aprovada e foi dado mais um tempo para inserir outros itens na agenda.
6) Acompanhamento das comissões Locais.	Foi solicitado que mais conselheiros acompanhassem as reuniões das Comissões Locais.
7) Revelação de amigo oculto.	Em um clima festivo e amigável foi realizada a revelação do amigo oculto.

Fonte: Quadro elaborado pela pesquisadora

No início da reunião os conselheiros cumprimentaram-se, conversando sobre vários assuntos, a secretaria solicitou que todos assinassem a lista de presença, queixaram-se da convocação para a reunião que não chega a tempo e falaram sobre o amigo oculto que aconteceria no final da reunião. A vice-presidente do conselho averiguou se havia quórum para iniciar a reunião, após confirmação, ela foi iniciada. A vice-presidente informou que coordenaria a reunião, pois o presidente justificou sua ausência.

A reunião foi iniciada com uma oração, após a vice-presidente informar que a pauta da reunião foi modificada, pois o primeiro ponto seria a prestação de contas, mas não havia nenhum membro da gestão para apresentar o relatório de prestação de contas. Logo após, explicou que a ata devia ser lida, e aprovada pelos presentes, e assim foi feito; a vice-presidente explicou que havia outra ata para ser lida e aprovada, mas que o responsável pela confecção da ata ainda não havia chegado com ela. Em seguida, a vice-presidente nos apresentou para que pudéssemos falar sobre a pesquisa realizada no CMS, e assim a palavra foi repassada a nós: falamos sobre a pesquisa a ser realizada no município como parte da dissertação do Mestrado do ICICT/Fiocruz. Informamos que trata-se de um estudo sobre informação e comunicação para conselhos e conferências de saúde em dois municípios da RMBH-MG: Brumadinho e Sarzedo, com o objetivo de ouvir a opinião dos conselheiros de Saúde sobre o tema da comunicação e informação para o controle social do SUS, e que seriam realizadas observações durante às reuniões. As entrevistas deverão ser autorizadas por cada conselheiro, e que há um critério para escolha dos entrevistados, inclusive do conselheiro desejar responder a entrevista. Esclarecemos que a pesquisa só pode ser feita após aprovação no Comitê de Ética, que já foi apresentado o projeto ao presidente do conselho que emitiu um documento autorizando a pesquisa. Na sequência, a vice-presidente informou que a ata que faltava chegou e que deveria ser lida e aprovada, assim foi feito. Um técnico responsável pela vigilância em saúde do trabalhador do município apresentou o plano de ação da saúde do trabalhador (ele utilizou data show). Durante a apresentação, a vice-presidente solicitou esclarecimentos e foi respondida pelo técnico da vigilância. Quando um conselheiro desejava se pronunciar, ele levantava a mão e a palavra era dada a ele, esse ritual segue em todas as reuniões. Os conselheiros solicitam a cópia desse projeto para todos. A vice-presidente pediu desculpas e esclareceu que a solicitação desse ponto de pauta chegou ao CMS Sarzedo após o envio da convocação aos conselheiros. O apresentador solicitou aos conselheiros que aprovassem esse plano, pois ele é muito importante para o município; logo após, foi colocado em votação e os conselheiros o aprovaram. Observamos que depois do plano aprovado, os conselheiros continuaram conversando sobre as ações da saúde do trabalhador, fazendo perguntas, questionamentos, todos falavam ao mesmo tempo, a vice-presidente pediu a fala, mas não foi ouvida, depois de algum tempo todos se acalmaram e a reunião prosseguiu. A vice-presidente informou que o ponto de pauta seguinte seria a agenda mínima do CMS Sarzedo para 2014, em seguida apresentou a proposta dessa agenda organizada em itens:

- Formação bimestral para conselheiros: financiamento, planejamento e acesso às informações de saúde na internet;
- Deliberações da Conferência Municipal de Saúde;
- Plano Municipal de Saúde (PMS) 2014-2017;
- Programação Anual de Saúde (PAS);
- Relatórios financeiros trimestrais: Janeiro – último trimestre do ano anterior; Maio - 1º trimestre do ano corrente; Setembro – 2º trimestre do ano corrente.
- Pactuação de indicadores e metas do SISPACTO²⁵;
- Relatório circunstanciado do Programa Saúde em Casa;
- Relatório do Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ);
- Prestação de contas do Programa Farmácia de Minas;
- Plano de contingência da Dengue;
- Relatório Anual de Gestão (RAG);
- Plano de ação de Saúde do Trabalhador. (CONSELHO MUNICIPAL SARZEDO, 2013, n.p)

Após a apresentação dessa proposta, a vice-presidente avisou que os conselheiros novatos não devem ter vergonha de perguntar, de se manifestar, todos devem dar palpite e se pronunciar sobre esse ponto de pauta. Uma conselheira representante do segmento de usuários solicitou que fosse incluída a formação para as Comissões Locais, e ainda solicitou que todos tenham mais tempo para fazer sugestões para a agenda mínima. Passou-se então ao ponto de pauta, o acompanhamento das comissões locais. A vice-presidente informou que são sete comissões locais, que o CMS de Sarzedo precisa acompanhar o trabalho dessas comissões e fez um apelo:

Temos que ter perseverança para que as comissões locais funcionem, para que o povo participe [...]. (informação verbal)²⁶

Outra conselheira se pronunciou,

Na minha região, há dez usuários e muitos trabalhadores participando, e as pessoas gostam de participar, mas no momento estão desanimadas porque não há resposta da secretaria sobre os problemas levantados pela comissão local. Se os conselheiros acreditam em controle social, temos que fiscalizar, reclamar, sugerir, é preciso unir forças para resolver os problemas, é preciso discutir, debater. (informação verbal)²⁷

Após essa fala, uma conselheira levantou da sua cadeira e disse:

²⁵ SISCAPCTO: segundo o Ministério da Saúde, é um instrumento virtual de pactuação de indicadores, com resultados alcançados no ano anterior e a proposta de meta para o ano em curso.

²⁶ Fala de uma conselheira trabalhadora em reunião do Conselho de Sarzedo, dia 10 de dezembro de 2013. Registro feito pela pesquisadora Berenice de Freitas Diniz.

²⁷ Fala de uma conselheira usuária em reunião do Conselho de Sarzedo, dia 10 de dezembro de 2013. Registro feito pela pesquisadora Berenice de Freitas Diniz.

Gente, eu estou aqui representando os usuários, fui indicada pela igreja que eu participo, hoje é a primeira vez que participo da reunião do CMS Sarzedo, gosto de participar das coisas, peço desculpas se não sei falar direito, mas estou aqui para aprender com vocês e colaborar no que for preciso.(informação verbal)²⁸

Nesta fala, observamos que a conselheira se dispôs a participar, mas solicitou a todos compreensão, pois sendo ela uma pessoa da comunidade que não saber falar direito está ali para aprender e contribuir no que for preciso. Para Oliveira (2004):

a visibilidade social e de poder dos representantes dos usuários é bem mais difusa e sujeita a outras variáveis que nem sempre facilitam a sua participação. Por exemplo, as barreiras simbólicas impostas pela hierarquia social que separam um segmento do outro e se revelam no comportamento, na maneira de falar e de articular conceitos e ideias que nem sempre coincidem com a lógica do discurso abstrato, burocrático ou técnico. Essas diferenças são visíveis através da linguagem onde as moedas culturais têm diferentes valores de troca, sendo sua cotação baixa quando se trata dos conselheiros-usuários, limitando assim as possibilidades de provocar mudanças substantivas na política de saúde. E, independentemente das intenções dos sujeitos, é através dessas formas sutis de comunicação que se reafirma uma razão autoritária que pode comprometer, significativamente, a ideia de controle social. (OLIVEIRA, V. 2004, p. 67)

Nesse sentido, Moreira e Escorel (2009) apontam e defendem que a participação tem um custo muito alto principalmente para os conselheiros usuários, pois demanda investimento material, intelectual e tempo:

há uma forte elevação dos custos da participação, o que demanda dos conselheiros investimentos pessoais (dedicação, tempo e dinheiro) que supram lacunas institucionais. Os impactos negativos são mais sentidos pelos representantes dos usuários do SUS. Diferentemente dos demais conselheiros que, via de regra, participam do conselho como parte de suas atividades profissionais remuneradas, estes são, majoritariamente, militantes de entidades cuja missão institucional não é necessariamente ligada ao setor saúde. (MOREIRA; ESCOREL, 2009, p. 800).

Podemos dizer que a conselheira se vê naquele espaço como uma pessoa simples, pede desculpas porque entende que na sua condição de simplicidade poderá não estar à altura daqueles ali presentes. Nesse momento percebemos o quão difícil são as relações

²⁸ Fala de uma conselheira usuária em reunião do Conselho de Sarzedo, dia 10 de dezembro de 2013. Registro feito pela pesquisadora Berenice de Freitas Diniz.

comunicacionais no interior do Conselho, pois todos não são iguais, há uma disputa do discurso predominante.

Em seguida, a reunião foi encerrada e iniciou-se o momento de revelação do amigo oculto.

Quadro 9 - Síntese de Reunião Extraordinária do CMS de Saúde Sarzedo 25.02.2014

Síntese de Reunião Extraordinária do CMS de Saúde de Sarzedo	
Data: 25/02/2014	
Itens da Pauta	Observações
1) Discussão e aprovação do Plano Municipal de Saúde para 2014-2017.	Plano aprovado.
2) Informes.	Mudança de representação do segmento de gestor na mesa diretora do CMS Sarzedo; Convite para reunião de mutirão de combate à dengue; Eleição da mesa diretora do CMS Sarzedo, que deve ocorrer em março/2014 e foi decidido pela plenária que ela ocorra em abril/2014 por motivo de pautas extensas no mês de março.

Fonte: Quadro elaborado pela pesquisadora.

A reunião iniciou com o presidente solicitando a uma conselheira que fizesse uma oração. Em seguida, a vice-presidente pediu a fala:

O Plano Municipal de Saúde elaborado pela Secretaria municipal de saúde de Sarzedo para o conselho analisar é um dos melhores planos feitos pela secretaria, mas infelizmente o material encaminhado para os conselheiros não foi tão bom, é um documento grande e não estava encadernado. Eu e a secretária do conselho corremos atrás para utilizar o orçamento do CMS Sarzedo para providenciar a encadernação, mas não foi possível. Estava faltando partes e também houve atraso na entrega, o que prejudicou a apreciação prévia dos conselheiros. (informação verbal)²⁹

²⁹ Fala de uma conselheira trabalhadora em reunião do Conselho de Sarzedo, dia 25 de fevereiro de 2014. Registro feito pela pesquisadora Berenice de Freitas Diniz.

Após a fala da conselheira, outros conselheiros se pronunciaram dizendo que foi um desrespeito, pois muitas tabelas, gráficos e planilhas ficaram prejudicados para leitura devido a má qualidade de impressão do material, e que isso foi um descaso por parte da secretaria.

Quem estava presente para apresentar o Plano Municipal de Saúde (PMS) era uma consultora técnica da SMS de Sarzedo. A consultora iniciou dizendo: “O PMS é uma peça muito importante do planejamento, e em especial o PMS de Sarzedo tem um eixo todo voltado para o controle social.” (informação verbal)³⁰. Continuou falando sobre a construção do PMS ser mais participativo, disse que houveram oficinas com áreas técnicas da gestão, esclareceu que o plano veio para ser apreciado, discutido e aprovado, ou não, pelos conselheiros.

Todos os conselheiros estavam com uma cópia impressa do PMS. A consultora técnica perguntou a eles se mesmo com o problema do atraso na entrega, haviam lido o PMS e como eles gostariam que fosse feita a apresentação: com projeção em data show ou com a leitura de página por página. Os conselheiros começaram a fazer perguntas, eles questionaram algumas informações que estavam no PMS e não refletiam a realidade do município; algumas informações tinham a ver com uma tabela do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) que continha o número de profissionais de saúde e equipamentos disponíveis no município. Para cada questionamento, a consultora técnica prestava esclarecimento ou fazia anotações para esclarecimento posterior. A consultora técnica disse:

O CNES é um cadastro nacional, alimentado pela gestão municipal, que tem um formato de tabela que deve ser interpretada por nós. Essa é a importância da informação, a gente saber dialogar com ela. (informação verbal)³¹

Durante a reunião, observamos que o calor estava excessivo, e só havia um ventilador (e o interruptor do outro ventilador não estava funcionando), o computador não ligava, e isso dificultou a apresentação. Percebemos que esses problemas vivenciados na realização da reunião prejudicam a relação comunicacional naquele espaço e dificultam a avaliação mais reflexiva das matérias apresentadas.

Uma conselheira perguntou se era possível localizar as deliberações da conferência transformadas em ações (percebemos que os conselheiros se sentem à vontade para falar, perguntar e questionar). Logo após, a assessora técnica leu eixo por eixo do Plano juntamente

³⁰ Fala de uma consultora técnica, em reunião do Conselho de Sarzedo, dia 25 de fevereiro de 2014. Registro feito pela pesquisadora Berenice de Freitas Diniz.

³¹ Fala de uma consultora técnica, em reunião do Conselho de Sarzedo, dia 25 de fevereiro de 2014. Registro feito pela pesquisadora Berenice de Freitas Diniz.

com os conselheiros para visualizar cada deliberação da conferência contida no respectivo eixo sobre o tema. Uma deliberação importante para o controle social do SUS do município foi aprovada nesse PMS: trata-se da realização de oficinas para capacitação de conselheiros de saúde, a partir de 2014, e a aquisição de espaço físico para o CMS Sarzedo, a partir do ano de 2015. Foi decidido pelos conselheiros que o PMS fosse aprovado porque as modificações seriam pequenas e não alterariam o teor do documento (observamos que o secretário municipal de saúde não estava presente nesta reunião para discussão do PMS com os conselheiros). Alguns conselheiros solicitaram que o PMS fosse discutido em mais de uma reunião do conselho para haver mais tempo de análise. Após a aprovação do PMS, a reunião deu-se por encerrada.

Quadro 10 - Síntese de Reunião Ordinária do CMS de Saúde de Sarzedo 11.03.2014

Síntese de Reunião Ordinária do CMS de Saúde de Sarzedo	
Data: 11/03/2014	
Itens da Pauta	Observações
1) Leitura e aprovação da ata da 72ª reunião ordinária e 35ª reunião extraordinária do CMS Sarzedo.	Atas aprovadas.
2) Informes.	As mudanças solicitadas para o PMS foram feitas e o Plano está disponível para os conselheiros.
3) Manutenção para o bom funcionamento da saúde.	Um representante da Secretaria Municipal de Obras expôs os problemas enfrentados e possíveis soluções para eles.
4) Mudança da coordenação da Atenção Básica;	Foi apresentada a nova equipe de coordenação da atenção Básica do Município.
5) Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador	Foi informado como serão os procedimentos para realização dessa conferência.
6) Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV)	Após esclarecimentos, foi solicitada à Secretaria de saúde que retome essa discussão com os trabalhadores.
7) Reconstituição das representações faltosas do CMS Sarzedo.	Foi definido que esse ponto de pauta deverá ser debatido em outra reunião.

8) Sugestão de oferta de lanches nos laboratórios conveniados pelo SUS Sarzedo.

Foi solicitado que a Secretaria de saúde envie documento aos laboratórios conveniados para que seja fornecido lanche após a coleta de exame.

Fonte: Quadro elaborado pela pesquisadora.

A reunião iniciou-se com o presidente solicitando a uma conselheira que fizesse uma oração, logo após passou-se para a leitura e aprovação das atas, que transcorreu tranquilamente. Observamos que a pauta para essa reunião era bem maior que as outras pelo número de itens a serem discutidos. A vice-presidente do conselho informou que o PMS, atualizado com as correções solicitadas pelos conselheiros na última reunião, já estava no conselho para ser visualizado e que seria feita uma cópia para cada conselheiro. Logo após, o presidente solicitou ao representante da Secretaria Municipal de Obras que iniciasse sua apresentação sobre a manutenção de equipamentos, predial, instalações elétricas, hidráulicas e pequenos reparos das unidades de saúde. O representante expôs os problemas vivenciados no dia a dia, relatando que:

Hoje como há uma fiscalização maior dos órgãos de fiscalização: é feito o acompanhamento *on line* pelo Tribunal de Contas do Estado, fica difícil realizar qualquer reparo, pois se é comprado com um determinado recurso, tem que ser comprovado, tirar foto, antes e depois de realizado o serviço, as notas fiscais tem que ser daquele produto. A burocracia é muito grande, o que atrasa ainda mais a realização do serviço. (informação verbal).³²

A fala do representante da Secretaria de Obras prosseguiu, os conselheiros o questionavam enquanto ele apresentava os problemas. A vice-presidente esclareceu ao representante que o conselho já sabia dos problemas, mas que era preciso que a gestão sinalizasse para a solução. Alguns conselheiros questionaram se para solucionar esses problemas não seria possível que a secretaria de saúde contratasse uma empresa para fazer manutenção, ou que um servidor público fizesse esse serviço. Uma conselheira representante do segmento de governo/gestão, disse que o problema maior vivenciado na secretaria era a falta de um profissional para os pequenos reparos e que há um pequeno recurso disponível para esse serviço. Um conselheiro levantou-se e disse: “Falta autonomia da secretária de

³² Fala do representante da Secretaria de Obras, em reunião do Conselho de Sarzedo, dia 11 de março de 2014. Observação da reunião e registro feitos pela pesquisadora Berenice de Freitas Diniz.

saúde para gerenciar os serviços prestados como o transporte, vigias, obras etc.” (informação verbal).³³

Após várias intervenções e sugestões, a plenária deliberou que o CMS Sarzedo produzisse um documento, uma resolução para que fosse designado profissional servidor a fim de solucionar o problema da falta de pequenos reparos. Após esse ponto, o presidente solicitou ao representante da Secretaria de obras que desse esclarecimento sobre a construção da Academia popular e do Centro de Referência do Idoso. Este informou os problemas vivenciados e encaminhamento das obras.

Em seguida, passou-se ao ponto de pauta Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV). A vice-presidente falou sobre o processo de discussão do PCCV que ocorreu com os trabalhadores da saúde de Sarzedo, que essa discussão vem acontecendo nos últimos dois anos, e que por vários motivos alegados pela gestão a implantação do plano ainda não foi efetivada e por isso o Conselho solicitou esclarecimentos sobre o assunto à Secretaria de saúde. Para prestar esclarecimento sobre esse ponto da pauta, a Secretaria indicou um consultor que informou como está sendo discutido o PCCV. Segundo ele, desde que veio atuar na secretaria, foram feitos estudos sobre a carreira do servidor no município e que para implantar o Plano é preciso ter uma lei muito consistente para consolidar a carreira do servidor no município. Durante a sua fala, uma conselheira do segmento do trabalhador disse: “A Secretaria de saúde está seguindo as diretrizes do Plano de Cargos, Carreiras e salários do Ministério da Saúde (PCCS/SUS), mas a ampla discussão com os trabalhadores não está sendo feita. (informação verbal)”³⁴.

O consultor continuou sua exposição: disse que não via problema em discutir o PCCV com os trabalhadores, que já existe um esboço do Plano e o que precisa ser feito é discutir as particularidades do município. A vice-presidente solicitou que a discussão fosse mais democratizada, pois os trabalhadores desejavam acompanhar essa questão; pediu também que a gestão faça uma proposta de data para discutir o PCCV, e que seja criada a comissão que irá debater, e que os representantes dos trabalhadores para essa comissão sejam indicados em assembleia dos trabalhadores. Foi deliberado que o CMS Sarzedo será mediador desse processo para que seja feito um PCCV consistente.

Sobre o ponto de pauta “mudança da coordenação da atenção básica”, foi apresentada a nova equipe que coordenará os trabalhos desse setor no município. A

³³ Fala de um conselheiro usuário, em reunião do Conselho de Sarzedo, dia 11 de março de 2014. Observação da reunião e registro feitos pela pesquisadora Berenice de Freitas Diniz.

³⁴ Fala de uma conselheira trabalhadora, em reunião do Conselho de Sarzedo, dia 11 de março de 2014. Observação da reunião feita pela pesquisadora Berenice de Freitas Diniz.

coordenadora presente disse que haverá mudanças para melhoria dos serviços de saúde e solicitou o apoio do Conselho e dos cidadãos às mudanças que ocorrerão nas unidades de saúde de município.

Passou-se ao ponto de pauta “conferência de saúde do trabalhador”: a vice-presidente do Conselho informou que esse ano irá acontecer a Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e as etapas estaduais, municipais e por região; informou que o município de Sarzedo precisa se organizar para participar da conferência microrregional, de acordo com a área de abrangência do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); e, que a Secretaria de saúde irá realizar um seminário para se preparar para essa conferência com objetivo de se atualizar sobre o tema; e o município deverá enviar uma delegação para essa conferência - serão dezesseis delegados escolhidos paritariamente e mais vinte por cento de suplentes. Em seguida, foi distribuído o convite para o seminário.

O presidente falou sobre a reconstituição das representações faltosas do CMS Sarzedo: há alguns representantes de entidades que estão faltando e o Conselho deve tomar providências sobre isso, mas devido ao tempo esse ponto de pauta seria discutido em uma outra reunião - o que foi acatado pelos presentes.

Foi solicitado que todos os conselheiros devem assumir o acompanhamento de comissões locais da sua respectiva área de abrangência, pois é impossível que a mesa diretora esteja presente em todas as comissões.

Sobre a sugestão de oferta de lanches nos laboratórios conveniados pelo SUS Sarzedo foi solicitado à Secretaria de saúde que enviasse documento aos laboratórios conveniados para que seja fornecido lanche após a realização de exames. O conselho irá enviar essa solicitação formalmente.

Em seguida, foi encerrada a reunião.

6.3 Análise dos Relatórios das Conferências de Saúde

Na pesquisa documental, analisamos os relatórios das duas últimas Conferências municipais de saúde de cada município pesquisado. Segundo a Resolução 453/2012 do CNS, entre outras atribuições, os Conselhos de saúde devem: discutir, elaborar e aprovar propostas de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas conferências de saúde. Entendemos que as conferências são espaços com maior participação da sociedade, e que ao final tem um fruto: o relatório com as propostas aprovadas. Esse relatório deve subsidiar as ações dos Conselhos de saúde nos anos seguintes. Para que isso aconteça, o Conselho deve elaborar

pautas das suas reuniões com os temas aprovados nas conferências, realizando assim seu planejamento para atuação.

Buscamos as propostas que continham o tema “comunicação ou informação”. Abaixo estão listadas todas as deliberações encontradas sobre esse tema nas respectivas conferências.

6.3.1 Conferências de Saúde de Brumadinho

De acordo com o Regimento Interno do CMS de Brumadinho, a Conferência Municipal de Saúde é a instância máxima de avaliação, discussão e proposição no que diz respeito à formulação e o estabelecimento de diretrizes para a política municipal de saúde. É realizada a cada dois anos e instaurada mediante ampla e prévia publicidade em todo o município. O tema e organização da conferência são deliberados pelo CMS de Brumadinho.

Quadro 11 - Conferências de Saúde de Brumadinho

CONFERÊNCIAS DE SAÚDE DE BRUMADINHO	
10ª Conferência Municipal de Saúde de Brumadinho Tema: Qualidade de vida, promoção da saúde com responsabilidade e participação Data: 22 e 23 de maio de 2009	
Deliberações	
1. Informação à população sobre os serviços de saúde do SUS municipal;	
2. Parcerias com a mídia local para divulgação, em todos os setores da saúde, da prevenção e promoção de saúde e conscientização dos profissionais da saúde;	
3. Melhorar a comunicação e informação na porta de entrada da Unidade;	
4. Ouvidoria itinerante, indo às comunidades para ouvir as pessoas após divulgação ampla desta visita;	
5. Que a Secretaria produza informativo para divulgar suas ações;	
6. Que o Conselho produza informativo para divulgar suas ações, com garantia da Secretaria Municipal de Saúde;	
7. Divulgação dos eventos do Conselho Municipal de Saúde nas unidades;	

8. Que a Comissão Organizadora convoque associações e todos os conselhos de Brumadinho, para reunir-se com ela e discutir a divulgação da Conferência;

9. Envolver o Conselho de Segurança Pública (CONSEP) na mobilização para Conferência;

12ª Conferência

**Tema Humanização como política transversal na rede SUS de Brumadinho:
Queremos um SUS humanizado.**

Data: 05 e 06 de julho de 2013

Deliberações

1. Atualizar o guia da saúde, informando a organização dos serviços.

2. Publicizar dados epidemiológicos através de diversos meios de comunicação como jornais, rádios, panfletos, boletins, visitas domiciliares.

Fonte: Quadro elaborado pela pesquisadora.

Em uma leitura apurada dos relatórios e das conferências de saúde de Brumadinho, constatamos que há poucas deliberações sobre comunicação. Aquelas que foram detectadas referem-se à comunicação em saúde, no entanto, apareceram apenas três deliberações que tratam da comunicação para o Conselho de saúde. Estas deliberações determinam que haja divulgação do Conselho municipal de saúde nas unidades, que sejam convocadas associações e todos os conselhos do município para participar e divulgar a conferência de saúde, e que o conselho crie um informativo para comunicar-se com a sociedade. Podemos dizer que é percebida, mesmo timidamente, a necessidade de um diálogo com a sociedade. Arriscamos dizer que essas deliberações constam nos relatórios porque foi percebida uma ausência desse diálogo entre o conselho e a sociedade.

6.3.2 Conferências de Saúde de Sarzedo

De acordo com o Regimento Interno do CMS Sarzedo, a Conferência Municipal de Saúde deve ocorrer de dois em dois anos e deve ser convocada, organizada e divulgada pelo CMS de Sarzedo em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde.

Quadro 12 - Conferências de Saúde de Sarzedo

CONFERÊNCIAS DE SAÚDE DE SARZEDO	
5ª Conferência Municipal de Saúde de Sarzedo Tema: Os avanços e desafios na construção do SUS em Sarzedo em defesa da vida e com participação de todos Data: 06 de fevereiro de 2010	
Deliberações	
1. Que os ACS's informem melhor os usuários em relação aos serviços de saúde do município.	
2. Divulgar melhor a Cartilha do SUS elaborada pelo Ministério da Saúde, para conscientizar o cidadão sobre seus direitos e deveres.	
3. Criação de boletim do Conselho Municipal de Saúde.	
7ª conferência Municipal de Saúde de Sarzedo Tema: Atenção Primária a Saúde: Estruturação da rede de saúde e garantia de acesso com participação popular Data: 23 de março de 2013	
Deliberações	
Eixo: A) Informação e Comunicação em Saúde como Estratégia para a Gestão Participativa no SUS	
1. Criar um programa onde seja possível levar a educação continuada a empresas, escolas, igrejas, associações comunitárias etc.	
2. Programar a realização de oficinas de controle social em todo município.	
3. Realizar capacitação com frequência mínima anual de conselheiros municipais de saúde e conselheiros das comissões locais de saúde.	
4. Fortalecer as comissões locais e o Conselho Municipal de Saúde.	
5. Criar a Ouvidoria da saúde.	
6. Cumprir as deliberações do controle Social no município.	
7. Criar um informativo periódico onde fosse possível esclarecer todos os temas relacionados à situação de saúde, faixa etária e serviços oferecidos pelo SUS municipal.	

Fonte: Quadro elaborado pela pesquisadora.

Detectamos apenas uma deliberação sobre comunicação para o controle social na Conferência do ano de 2010: a criação de um boletim informativo para o Conselho. Na Conferência do ano de 2013, o tema da comunicação e informação foi tratado em um eixo denominado: “informação e comunicação como estratégia para a gestão participativa no SUS”. Nesse eixo, as deliberações foram: a criação de programa para educação continuada nas escolas, igrejas, associações comunitárias; realização de oficina de controle social para toda a população; realização de capacitação para os conselheiros de saúde; criação da ouvidoria da saúde; cumprimento das deliberações do controles social; criação de informativo para esclarecimento da população sobre a saúde no município.

Percebemos que foi apontada a necessidade de o conselho dialogar com a sociedade, seja por meio de criação de informativo, ou por meio de oficinas para a população conhecer o Conselho. Também a necessidade de o conselheiro obter informações a partir de capacitações, que irão subsidiar a sua atuação. Nesse campo há uma deliberação que trata da necessidade da gestão cumprir as deliberações do conselho.

6.4 Análise de pautas, atas e deliberações

O período definido para a análise das atas, pautas e deliberações do CMS de Brumadinho e do CMS de Sarzedo foi dezembro 2012 a dezembro de 2013.

Para melhor visualização elaboramos quadros contendo sínteses dos documentos e comentários da análise.

6.4.1 Análise das pautas, atas e deliberações do CMS Brumadinho

Foram analisadas atas, pautas e deliberações de dezesseis reuniões: doze reuniões ordinárias e quatro reuniões extraordinárias.

As reuniões seguem sempre a seguinte dinâmica: leitura das atas anteriores, discussão de algum tema em pauta; informes da mesa, comissões e dos participantes. Isso conduz a reunião para uma sequencia lógica de discussão.

As deliberações são sempre votadas e o número de votos é expresso na ata, constando a quantidade de votos a favor, contra, abstenções e declarações de voto quando solicitada pelo conselheiro. As atas observadas não contêm as falas na íntegra, apenas algumas discussões e os encaminhamentos.

Observamos que as pautas predominantemente foram solicitadas pela Secretaria municipal de saúde e tratam de temas referentes a projetos elaborados pelo município para garantir repasse de recursos financeiros ou prestar contas do que está sendo feito.

Nestas reuniões não foram pautados ou debatidos nenhum tema sobre comunicação e informação para o controle social. Não encontramos nenhuma pauta nestas reuniões sobre temas deliberados em conferência para discussão e encaminhamentos,.

Percebemos que os informes muitas vezes se transformam em debates;

Não foi constatada nenhuma pauta ou discussão sobre um planejamento de atuação do CMS Brumadinho.

Identificamos a recorrência dos conselheiros se queixarem do pouco tempo que têm para analisar relatórios/documentos enviados pela secretaria municipal de saúde.

Quadro 13 - Análise das pautas e atas de reuniões do CMS Brumadinho

CMS Brumadinho		
Data	Pauta das reuniões	Deliberações
04/12/2012	1- Leitura, aprovação e assinatura da 75ª ata Ordinária do CMSB; 2- Informes da mesa e das comissões; 3- Informes dos conselheiros e dos participantes; 4- Amigo oculto entre os conselheiros.	✓ Aprovada a ata;
08/01/2013	1-Leitura e aprovação da 76ª ata Ordinária e assinatura da 75ª ata; 2- Apreciação e votação do cronograma do 1º semestre de 2013; 3- Informes dos conselheiros e dos participantes	✓ Aprovada a ata; ✓ Aprovado cronograma de reuniões para 1º/2013.
05/02/2013	1-Presença da senhora Érica Murta (coordenadora da UPA) para esclarecer dúvidas dos conselheiros. (reclamações); 2- Presença da senhora Dionéia de Brito Ozanan para esclarecer sobre as compras (lanches); 3-Informes da mesa e das comissões; 4- Formação da nova composição para avaliar a prestação de serviços do Hospital João Fernandes do Carmo com a Empresa Saúde e meta; 5-Informe dos Conselheiros e participantes; 6- Assinatura das 76ª ata ordinária do CMSB; 7-Leitura da 77ª ata ordinária do CMSB.	✓ Aprovada a ata; ✓ Deliberação contra a permanência de uma funcionária advogada na sala do CMS Brumadinho.
12/03/2013	1- Leitura e aprovação da 79ª ata ordinária do CMSB e assinatura da 78ª ata; 2- Escolha de um conselheiro para acompanhar o Relatório de gestão; 3- Lembrar sobre a Conferência Municipal de Saúde; 4 - Informes da mesa e das comissões. 5-Informe dos Conselheiros e participantes.	✓ Aprovada a ata; ✓ Não consta a deliberação sobre o Relatório de Gestão.

02/04/2013	1- Apresentação das Práticas Integrativas e complementares; 2- Leitura da 79ª ata ordinária do CMSB; 3-Leitura da 78ª ata ordinária do CMSB; 4- Informes da mesa; 5 -Informes dos Conselheiros e participantes.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aprovada a ata; ✓ Deliberação sobre realização de reunião extraordinária para discutir o protocolo da enfermagem; ✓ Foram escolhidos 02 (dois) membros do Conselho Municipal de Saúde para fazer parte do Conselho Antidrogas; ✓ Foram escolhidos de 02(dois) membros para fazer parte da comissão de organização da Conferência Municipal de Saúde;
15/04/2013	Reunião Extraordinária1-Apreciação e análise do relatório anual de gestão (SARGSUS); 2-Apresentação do Protocolo de Enfermagem e do Regimento Interno do Serviço de Enfermagem (Atenção Básica); 3-Informes da mesa e das comissões; 4- Assinatura da 79ª ata ordinária do CMSB; 5-Leitura da 80ª ata ordinária do CMSB	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aprovado o Protocolo de Enfermagem do município; ✓ Aprovada a criação de comissão para avaliar o SARGSUS e acompanhar o SIOPS.
13/05/2013	1-Apresentação do Projeto de Fortalecimento de Vigilância em Saúde 2013/2014; 2-Apresentação do Relatório de Gestão 2012; 3-Informes da mesa; 4-Informes dos Conselheiros e participantes.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aprovação da Proposta do Projeto de Fortalecimento de Vigilância em Saúde 2013/2014 com a definição das ações do elenco 1; ✓ Deliberação pela aprovação do Relatório Gestão 2012.
10/06/2013	1-Apresentação do programa PMAQ e Olhar Brasil; 2-Leitura e aprovação da 80ª ata Ordinária, da 6ª e 7ª ata Extraordinária do CMSB e assinatura da 79ª ata, 3-Informes da mesa e das comissões; 4-Informes dos conselheiros e dos participantes.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentação do PMAQ realizada; ✓ Não consta em ata se as atas citadas foram lidas e aprovadas no plenário.
15/08/2013	1-Apresentação, discussão e aprovação do Plano de Fortalecimento da Vigilância em Saúde; 2-Apresentação do Projeto de Resolução	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aprovado o cronograma do CMS Brumadinho

	Implantação de Nova Equipe do NASF; 3-Formação das comissões; 4-Apreciação e votação do cronograma de reuniões do CMSB do 2º semestre de 2013; 5-Informes da mesa e das comissões; 6-Informes dos conselheiros e dos participantes.	2º sem/2013; <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aprovou os conselheiros que integrarão as comissões do conselho; ✓ Aprovou que os conselheiros recebam a cópia do projeto da nova equipe do NASF para leitura prévia e votação na próxima reunião ordinária.
03/09/2013	1- Apresentação do Projeto de Resolução Implantação de Nova Equipe do NASF; 2- Apresentação e votação da Proposta do Protocolo de Classificação de Risco no Atendimento Odontológico na Policlínica; 3- Leitura e aprovação da 83ª ata ordinária; 4- Informes da mesa e das comissões; 5- Informes dos conselheiros e dos participantes.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aprovou projeto da nova equipe do NASF; ✓ Aprovou o protocolo de classificação de risco na odontologia; ✓ Aprovou a resolução para oficializar a implantação da mesa municipal de negociação permanente no SUS.
01/10/2013	1- Explicação sobre o Consórcio de Saúde com o CISMED (Consórcio Intermunicipal de Saúde do médio Paraopeba) e o Fundo Municipal de Saúde; 2- Assinatura da 83ª ata Ordinária do CMSB; 3- Leitura, correção e aprovação da 84ª ata Ordinária do CMSB; 4- Informes da mesa; 5- Informes dos Conselheiros e participantes.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aprovada a ata; ✓ Não houve deliberação sobre o CISMED, pois não enviaram representante para esse item da pauta.
22/10/2013	1- Explicação do Plano de Contingência da Dengue Estadual/Municipal; 2- Informes da mesa e das comissões; 3- Informes dos conselheiros e dos participantes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Plano de Contingência da dengue aprovado; ✓ Conselheiros solicitaram que o material para análise seja enviado em tempo hábil para leitura.
05/11/2013	1- Explicação sobre o Consórcio de Saúde com o CISMED (Consórcio Intermunicipal de Saúde do médio Paraopeba) e o Fundo Municipal de Saúde; 2- Solicitação da Vigilância Sanitária de ajuda dos conselheiros para executar as ações no combate à dengue; 3- Assinatura da 84ª ata Ordinária do CMSB; 4- Leitura correção e	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Não houve deliberações, apenas apresentações e debates sobre os itens da pauta.

	aprovação da 85ª ata Ordinária do CMSB; 5-Informes da mesa; 6-Informes dos Conselheiros e participantes	
19/11/2013	1- Apresentação e possível aprovação do “SISPACTO”; 2-Informes da mesa e das comissões; 3-Informes dos conselheiros e dos participantes.	✓ Aprovado o SISPACTO
03/12/2013	1-Apresentação da Proposta de Criação e Funcionamento de uma Farmácia Distrital na Zona Rural; 2-Leitura, correção e aprovação 86ª ata ordinária e assinatura da 85ª ata ordinária, 3-Informes da mesa; 4-Informes dos Conselheiros e participantes; 5- Amigo oculto.	✓ Não houve apresentação do 1º ponto da pauta; ✓ Deliberou-se pela aprovação das atas; ✓ Manutenção do conselheiro no acompanhamento do SARGSUS.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir das pautas e atas das reuniões do CMS Brumadinho no período de dezembro de 2012 a dezembro de 2013

6.4.2 Análise das pautas, atas e deliberações do CMS Sarzedo

Foram analisadas atas, pautas e deliberações de dezoito reuniões: doze reuniões ordinárias e seis reuniões extraordinárias.

Até o mês de maio (2013) a leitura das atas anteriores não constava como ponto de pauta, no entanto, a ata é lida e aprovada no início de todas as reuniões. A partir de junho a leitura das atas passou a constar como ponto de pauta.

A prestação de contas foi apresentada e não constou em ata a discussão sobre a política da efetuada no município sobre o tema abordado.

Consta em ata a discussão sobre aquisição de materiais para o CMS Sarzedo; a solicitação de mudança do e-mail institucional do CMS de Sarzedo; que o conselho tenha sítio na internet - o que foi acatado pelo gestor local, e irá providenciar informações sobre o conselho no site da prefeitura do município;

Sobre mudança do Regimento Interno, foi aprovado que seria discutido em uma próxima reunião extraordinária para os conselheiros terem mais tempo para ler a proposta. A discussão do Regimento interno não foi realizada em reunião extraordinária para debater o assunto devido ao número de conselheiros, embora houvesse quórum, a plenária decidiu que esse assunto deve ser debatido com o maior número de conselheiros possíveis;

É recorrente a solicitação de tempo hábil para que os conselheiros possam analisar os projetos da Secretaria Municipal de Saúde;

Em reunião do dia 11 de junho de 2013 foi criada a Comissão de Comunicação com o objetivo de providenciar a confecção de boletim informativo, e outras questões pertinentes à comissão.

Quadro 14 - Análise das pautas e atas de reuniões do CMS Sarzedo

CMS Sarzedo		
Data	Pauta das reuniões	Deliberações
14/12/2012	1- Prestação de contas do Programa Saúde em Casa (2011); 2- Prestação de contas do Programa Farmácia de Minas; 3 - Comissões Locais; 4 - Assuntos Gerais.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lida e aprovada a ata da 58ª reunião ordinária do CMS Sarzedo; ✓ Correção da ata nº 21 do dia 31/01/2011 que trata de relatório circunstanciado do Programa Saúde em Casa; ✓ Aprovada prestação de contas do Programa Farmácia de Minas; ✓ Aprovada prestação de contas do Programa Saúde em Casa;
18/01/2013	1- Discussão da proposta de mudança do Regimento Interno do CMS Sarzedo; 2- Criação da comissão organizadora da 7ª Conferência municipal de saúde de Sarzedo; 3- Mudança das datas das reuniões extraordinárias; 4 - Aprovação da planilha de compras do CMS Sarzedo para o ano de 2013; 5- Comissões Locais; 6- Informes gerais	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lida e aprovada a ata da 59ª reunião ordinária do CMS Sarzedo; ✓ Revisão do regimento Interno – Deliberou-se realizar uma reunião extraordinária no dia 06/02/2013 para que todos conselheiros tivessem mais tempo de fazer sugestões e debater o tema; ✓ Criou-se a comissão organizadora da 7ª Conferência Municipal de Saúde de Sarzedo; ✓ Mudança das reuniões plenárias do CMS Sarzedo para a 2ª quarta-feira de cada mês a partir do mês

		<p>de março de 2013;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Levantamento epidemiológico da saúde bucal no dia 06/02/2013; ✓ Aprovada a planilha de compras para o CMS de Sarzedo; ✓ Alteração do e-mail do CMS de Sarzedo para: conselhodesaude@sarzedo.mg.gov.br.
06/02/2013	1-Levantamento epidemiológico da saúde bucal; 2- Regimento Interno do CMS Sarzedo; 3- Informes gerais.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lida e aprovada a ata da 60ª reunião ordinária do CMS Sarzedo; ✓ A proposta de mudança do Regimento Interno foi lida e depois foi constatado que haviam presentes dez conselheiros. Por esse motivo a plenária deliberou que esse tema deveria ser discutido na reunião ordinária seguinte do CMS Sarzedo. Seria o único ponto de pauta da reunião.
22/02/2013	1-Apresentação do projeto do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); 2- Apresentação de novo Projeto da Unidade de Pronto atendimento (UAI); 3- Regimento da 7ª Conferência Municipal de Saúde de Sarzedo; 4 - Matérias sobre organização da 7ª Conferência Municipal de Saúde; 5 - discussão sobre o novo Regimento Interno.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lida e aprovada a ata da 30ª reunião extraordinária do CMS Sarzedo; ✓ Aprovado projeto do NASF; ✓ Projeto da UPA não foi apresentado pela gestão, pois necessitava de adequações; ✓ O Regimento da 7ª conferência não foi apresentado, pois não foi concluído pela comissão organizadora e foi aprovado calendário das pré-conferências de saúde; ✓ Aprovado o Eixo temático proposto pela comissão organizadora para a 7ª Conferência Municipal de Saúde – Saúde: conhecimento, informação e

		<p>participação cidadã gerando qualidade de vida;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aprovados os meios de divulgação da conferência; ✓ Aprovado o Regimento Interno do CMS de Sarzedo;
10/03/2013	1-Discussão do Plano de Fortificação das Vigilâncias em Saúde; 2-Apresentação da proposta de Regimento da 7ª Conferência Municipal de saúde de Sarzedo; 3- Informes gerais.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lida e aprovada a ata da 61ª reunião ordinária do CMS Sarzedo; ✓ Aprovada a substituição temporária da secretaria executiva do CMS Sarzedo devido à licença médica; ✓ Aprovado o Plano de Fortificação das Vigilâncias em Saúde com os devidos grifos; ✓ Aprovado o Regimento da 7ª Conferência Municipal de saúde de Sarzedo com alterações;
10/04/2013	1- Comissão de Finanças: apresentação do relatório de finanças do último quadrimestre de 2012; 2-Comissão de Avaliação dos Serviços de fisioterapia; 3-Apresentação do Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2012; Informes gerais.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lida e aprovada a ata da 62ª reunião ordinária do CMS Sarzedo; ✓ Depois de lido o parecer da Comissão de Finanças, o relatório do último quadrimestre de 2012 foi aprovado; ✓ Foi apresentado o RAG e foi aprovado que até a reunião extraordinária no dia 24 de abril de 2014 os conselheiros deviam se manifestar sobre alterações e sugestões no RAG, se não houvesse até essa data o RAG seria aprovado;
24/04/2013	1- Avaliação e aprovação do RAG 2012; 2- Mudança de meta pactuada dos exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Após as modificações foi aprovado o RAG 2012; ✓ Aprovada a mudança de meta pactuada para exame citopatológico.

08/05/2013	1-Posse dos conselheiros municipais de saúde quadriênio 2013-2017; 2-Eleição da mesa diretora do CMS Sarzedo; 3- Apresentação do Projeto de Fortalecimento de vigilância em Saúde; 4- Informes gerais.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aprovadas as atas da 31ª reunião extraordinária do CMS de Sarzedo; ✓ Foram empossados os novos conselheiros; ✓ Foram escolhidos os membros da Mesa Diretora do CMS Sarzedo; ✓ Aprovado o Projeto de Fortalecimento de Vigilância em Saúde; ✓ Aprovado pelo CMS de Sarzedo um documento a ser encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde/MG e Ministério da Saúde solicitando prazo mínimo de 60 dias para melhor apreciação, discussão e aprovação de projetos propostos; ✓ Foi aprovada a mudança de data para as reuniões plenárias do CMS Sarzedo: nas segundas terças-feiras do mês; ✓ Aprovada a cópia do Regimento Interno para todos os conselheiros,
11/06/2013	1-Leitura da ata da 64ª reunião ordinária; 2- entrega das pastas dos conselheiros; 3- Leitura do regimento Interno do CMS Sarzedo; 4- Formação da Comissão de Comunicação; 5- Curso de capacitação para conselheiros; 6 - Informes da Comissão de Ouvidoria, Finanças, Comissões Locais e Secretaria de saúde; 7- Informes gerais.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aprovada a ata da 64ª reunião ordinária do CMS Sarzedo; ✓ Aprovada a Comissão de Comunicação para fazer o boletim do CMS Sarzedo; ✓ Aprovado o curso de capacitação para os conselheiros de saúde.
09/07/2013	1-Leitura da ata; 2-Apresentação de relatório financeiro para Comissão de Finanças; 3- Decisões <i>ad referendum</i> ; 4- leitura do Regimento Interno do CMS Sarzedo; 5- Curso de capacitação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aprovada a ata da 65ª reunião ordinária do CMS Sarzedo; ✓ Não foi apresentado o relatório financeiro para

	<p>para conselheiros; 6- Informes.</p>	<p>Comissão de Finanças, pois a Secretaria de Fazenda não realizou o fechamento das pastas até aquele momento;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aprovado que a Mesa Diretora do conselho envie outra solicitação à Secretaria de Fazenda relatando a urgência dos relatórios para a avaliação da comissão de Finanças; ✓ Aprovado que na reunião do dia 20/08/2013 seriam discutidas as alterações do Regimento Interno; ✓ Aprovado que a Mesa Diretora do CMS Sarzedo deva se informar a respeito das atividades do setor de licitação da SMS; ✓ Aprovado que na reunião seguinte seriam pautados os seguintes assuntos: relatório referente a dengue, animais de rua, novo prédio da zoonoses, comissão permanente de enfrentamento da dengue e comitê executivo de enfrentamento da dengue.
13/08/2013	<p>1-Leitura da ata; 2- Fila de espera para consultas especializadas; 3-Relatório financeiro do primeiro quadrimestre; 4- Informações sobre Ouvidoria; 5- Problemas de reformas no PSF Centro e Fisioterapia; 5- Inscrições para o curso de capacitação de conselheiros; 6- Atual situação dos programas federais/estaduais propostos para Sarzedo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aprovada a ata da 66ª reunião ordinária do CMS Sarzedo; ✓ Aprovado novo coordenador da Comissão de Finanças e da Comissão de Ouvidoria do conselho; ✓ Não foi apresentado o relatório financeiro do primeiro quadrimestre, pois não havia dados da Secretaria da Fazenda; ✓ Foi aprovada a efetivação dos programas federais/estaduais.

20/08/2013	1-Alteração do Regimento Interno do CMS Sarzedo.	✓ Aprovadas as alterações do Regimento Interno.
10/09/2013	1-Leitura da ata; 2- Apreciação do relatório financeiro da SMS do primeiro quadrimestre de 2013; 3- Apreciação das metas alcançadas relativas ao Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) referente aos meses de julho, agosto e setembro de 2013; 4- Informações sobre o Setor de Zoonoses; 5- Representação do CMS Sarzedo para a Comissão de investigação de mortalidade materna; 6- Demanda das comissões locais de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aprovada a ata 32ª reunião extraordinária e a 67ª ata da reunião ordinária do CMS Sarzedo; ✓ Aprovado o relatório financeiro da SMS do primeiro quadrimestre de 2013; ✓ Aprovadas as metas alcançadas relativas ao Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) referente aos meses de julho, agosto e setembro de 2013; ✓ Aprovada a convocação do secretário de meio ambiente do município para uma próxima reunião;
08/10/2013	1-Leitura da ata; 2- Apresentação da Programação Anual de Saúde (PAS) de 2013; 2- Ações conjuntas entre Secretaria de meio ambiente e Zoonoses; 3- Entrega de certificado do curso de capacitação de conselheiros; 4- Informes.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ata da 67ª reunião ordinária aprovada; ✓ Aprovado o Programação Anual de Saúde (PAS) de 2013; ✓ Aprovada a retirada do item medidas punitivas para o absenteísmo da PAS; ✓ Aprovada a realização de reunião em 22/10/2013 para apreciação do plano de contingência da dengue.
22/10/2013	1-Plano de contingência da dengue; 2- Leitura de proposta de ofício- resposta para o Sind-Saúde; 3- Entrega de certificado do curso de formação para conselheiros/2013; 4- Informes.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aprovado o plano de contingência da dengue; ✓ Aprovado o ofício que seria encaminhado à Secretaria de saúde sobre demanda do Sindicato da saúde (Sind-Saúde Betim).
12/11/2013	1-Leitura da ata; 2- Informes; 3- Comissões do conselho; 3- Projeto de regulamentação do Programa de Melhoria da	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ata da 69ª reunião ordinária aprovada; ✓ Definição de novos componentes para comissões

	Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); 4- Encaminhamentos de dados após deliberações 08 e 09 do CMS Sarzedo; 5- Informes das comissões.	do conselho; ✓ Demais itens da pauta foram debatidos, porém não houve deliberações sobre eles.
19/11/2013	1-Informes; 2- Apresentação e apreciação do relatório sobre os indicadores e metas do pacto de transição referente aos anos de 2013, 2014 e 2015 do SISPACTO.	✓ Aprovado o relatório sobre os indicadores e metas do pacto de transição referente aos anos de 2013, 2014 e 2015 do SISPACTO.
10/12/2013	1-Leitura de atas; 2- Informes; 3- Apresentação do relatório financeiro do segundo quadrimestre de 2013; 4- Plano de Ação de Saúde do Trabalhador; 5- Acompanhamento das comissões locais de saúde; Agenda mínima do CMS Sarzedo; 5- Revelação de amigo oculto/confraternização de final de ano.	✓ Não houve a apresentação do relatório financeiro do segundo quadrimestre de 2013 devido a ausência de representante da gestão para apresentar esse item da pauta; ✓ Aprovado o Plano de Ação de Saúde do Trabalhador; ✓ Aprovada a agenda mínima do CMS de Sarzedo, ficando abertas para mais sugestões dos conselheiros a serem encaminhadas à Mesa Diretora do conselho.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir das pautas e atas das reuniões do CMS Sarzedo, no período de dezembro de 2012 a dezembro de 2013.

6.5 Resultados das entrevistas com os conselheiros

6.5.1 Perfil dos conselheiros entrevistados

Foram entrevistados oito conselheiros municipais de saúde: quatro do município de Brumadinho e quatro do município de Sarzedo.

Tabela 1- Distribuição dos conselheiros por gênero

Sexo	Brumadinho	Frequência	Sarzedo	Frequência
Feminino	2	50,00%	3	75,00%
Masculino	2	50,00%	1	25,00%
Total	4	100,00%	4	100,00%

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir de entrevista com conselheiros Municipais de Saúde de Brumadinho/MG e Sarzedo/MG

Há predominância do sexo feminino com relação aos conselheiros entrevistados de Brumadinho (75%): 5 mulheres e 1 homem. (25%). Para o município de Sarzedo, os conselheiros entrevistados foram 2 homens (50%) e 2 mulheres (50%).

Tabela 2 - Distribuição dos conselheiros por segmento

Segmento	Brumadinho	Frequência	Sarzedo	Frequência
Usuário	2	50,00%	2	50,00%
Trabalhador	1	25,00%	2	50,00%
Gestor	1	25,00%	1	25,00%
Total	4	100%	4	100%

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir de entrevista com conselheiros Municipais de Saúde de Brumadinho/MG e Sarzedo/MG

Quanto ao segmento, nos respectivos conselhos são: 4 conselheiros usuários (50%), 2 conselheiros são trabalhadores (25%) e 2 conselheiros são gestores (25%).

Tabela 3 - Distribuição dos conselheiros por tempo de participação como membro do Conselho

Tempo	Brumadinho	Frequência	Sarzedo	Frequência
Até 3 meses	0	0,00%	0	0,00%
Acima de 3 meses a 1 ano	0	0,00%	1	25,00%
Acima de 1 ano a 2 anos	1	25,00%	0	0,00%
Acima de 2 anos	3	75,00%	3	75,00%
Total	4	100%	4	100%

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir de entrevista com conselheiros Municipais de Saúde de Brumadinho/MG e Sarzedo/MG

Quanto ao tempo de participação como membro dos Conselhos de saúde, tanto em Brumadinho quanto em Sarzedo, a maioria tem mais de dois anos de participação: 3 conselheiros em cada um deles (75%) . Em Brumadinho, 1 conselheiro (25%) tem um a dois anos de participação. Em Sarzedo, 1 conselheiro (25%) tem três meses a um ano participação.

Tabela 4 - Distribuição dos conselheiros por escolaridade

Escolaridade	Brumadinho	Frequência	Sarzedo	Frequência
Nunca foi a escola	0	0,00%	0	0,00%
Da 1ª a 4ª série do 1º grau	1	25,00%	2	50,00%
Da 5ª a 8ª série do 1º grau	1	25,00%	0	0,00%
2º grau	0	0,00%	0	0,00%
3º grau	1	25,00%	0	0,00%
Pós-graduado	1	25,00%	2	50,00%
Total	4	100%	4	100%

Fonte: Elaborado a partir de entrevista com conselheiros Municipais de Saúde de Brumadinho/MG e Sarzedo/MG

Quanto à escolaridade, 1 conselheiro (25%) de Brumadinho possui da 1ª a 4ª série do 1º grau, 1 (25%) possui da 5ª a 8ª série do 1º grau, 1 (25%) possui 3º grau e 1 possui pós-graduação. Os conselheiros de Sarzedo: 1 conselheiro possui da 1ª a 4ª série 2 (50%) e 2 (50%) possuem pós-graduação.

Observamos que no nível de escolaridade “primeiro grau” estão situados os conselheiros do segmento de usuários, no nível graduado e pós-graduado se concentram os conselheiros do segmento de trabalhadores e governo/gestores.

Tabela 5 - Distribuição dos conselheiros por ocupação

Ocupação	Brumadinho	Frequência	Sarzedo	Frequência
Estudante	0	0,00%	0	0,00%
Autônomo	0	0,00%	0	0,00%
Profissional de saúde	2	50,00%	2	50,00%
Aposentado	2	50,00%	1	25,00%
Trabalhador rural	0	0,00%	0	0,00%
Motorista	0	0,00%	0	0,00%
Profissional de educação	0	0,00%	0	0,00%
Pensionista	0	0,00%	1	25,00%
Total	4	100%	4	100%

Fonte: Elaborado a partir de entrevista com conselheiros Municipais de Saúde de Brumadinho/MG e Sarzedo/MG

Quanto à ocupação, tanto os conselheiros de Brumadinho quanto de Sarzedo, 2 (50%) de cada, estão distribuídos na categoria profissional de saúde. Os conselheiros aposentados de Brumadinho são 2 (50%). Em Sarzedo, 1 (25%) conselheiro aposentado e 1 (25%) pensionista.

Tabela 6 - Distribuição dos conselheiros por renda mensal individual

Renda Mensal	Brumadinho	Frequência	Sarzedo	Frequência
Sem renda	0	0,00%	0	0,00%
Até 1 salário mínimo	2	50,00%	0	0,00%
Acima de 1 até 5 sal. mínimos	0	0,00%	2	50,00%
Acima de 5 até 10 sal. mínimos	2	50,00%	2	50,00%
Acima de 10 até 20 sal. mínimos	0	0,00%	0	0,00%
Acima de 20 sal. mínimos	0	0,00%	0	0,00%
Total	4	100%	4	100%

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir de entrevista com conselheiros Municipais de Saúde de Brumadinho/MG e Sarzedo/MG.

Possuem renda até um salário mínimo 2 (50%) conselheiros de Brumadinho, acima de um até cinco salários mínimos 2 (50%) conselheiros de Sarzedo. Acima de cinco a dez salários mínimos 2 (50%) conselheiros de Brumadinho e 2 (50%) de Sarzedo.

Observamos que possuem renda maior os conselheiros do segmento de trabalhador e de governo/gestor.

Tabela 7 - Distribuição dos conselheiros por faixa etária

Faixa etária	Brumadinho	Frequência	Sarzedo	Frequência
Até 18 anos	0	0,00%	0	0,00%
Acima de 18 até 40 anos	1	25,00%	0	0,00%
Acima de 40 até 65 anos	2	50,00%	4	100,00%
Acima de 65 anos	1	25,00%	0	0,00%
Total	4	100%	4	100%

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir de entrevista com Conselheiros Municipais de Saúde de Brumadinho/MG e Sarzedo/MG.

Quanto à faixa etária, os conselheiros se distribuem da seguinte forma: em Brumadinho, 1 (25%) tem acima de 18 até 40 anos, 2 (50%) acima de 40 até 65 anos e 1(25%) acima de 65 anos de idade. Em Sarzedo 4 (100%) acima de 40 até 65 anos.

6.5.2 Sobre o uso da informação e comunicação para o exercício das funções do conselheiro

Todos os conselheiros entrevistados responderam que consideram a informação muito importante para a atuação como Conselheiro de saúde, usando palavras como: fundamental, essencial, importantíssimo. Eles disseram que usam informações regularmente para exercer seu papel de conselheiro.

Quando perguntados como a informação é importante, os conselheiros responderam da seguinte forma:

É com base na informação que eu tenho que eu posso interferir, com minha opinião, com a minha crítica, com a minha sugestão. Se eu não sei, não tenho conhecimento de causa, como eu vou participar efetivamente desse processo de construção ou de fiscalização? Eu não sei para onde eu quero ir, eu não tenho objetivo, eu não sei qual o meu objetivo inicial. É impossível, sem informação é impossível. Sem comunicação é impossível, mesmo porque o controle social, a intenção dele é ser um movimento de democracia participativa, se eu não me comunico com as pessoas que eu represento, como é que fica essa representação? Acaba virando mesma coisa de um vereador ou um deputado: vai lá e que tem seu grupo político. (informação verbal)³⁵

Através das informações nós chegamos a um consenso das ações a serem implantadas. (informação verbal)³⁶

Melhor mecanismo para se buscar alguma resposta do que a gente fica em dúvida. A mídia tem que divulgar o controle social, o controle social tem que entrar dentro das igrejas independente de placas, tem que divulgar a cidadania. (informação verbal)³⁷

A comunicação em todos os sentidos ela é importante para manter a gente informado, para manter a comunidade informada, para manter o conselho informado, pra gente saber melhor como lidar com as situações que acontecem no conselho, na saúde no SUS em geral. Toda informação seja ela de onde vier, de um folheto, de um jornal de pesquisa, de qualquer lugar, ela é bem-vinda. (informação verbal)³⁸

A comunicação para mim é a chave para qualquer setor. Um setor bem afiado na comunicação é um setor que está bem, quando você chega no primeiro andar, no segundo andar todo mundo fala a mesma língua, aí a

³⁵ Entrevista 1 - Conselheiro segmento trabalhador, município 2. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

³⁶ Entrevista 2 - Conselheiro segmento gestor, município 2. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

³⁷ Entrevista 3 - Conselheiro segmento usuário, município 2. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

³⁸ Entrevista 4 - Conselheiro segmento usuário, município 2. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

gente vê que aquele setor está afiado com os membros daquela secretaria, do conselho ou de qualquer membro ali. (informação verbal)³⁹

Sem informação é como andar no escuro, mas infelizmente, o conselho do município tem deixado a desejar, já foi efficientíssimo, mas de uns dez anos para cá está uma negação. O descumprimento do regimento interno é total, por exemplo, nenhuma questão aprovada nas conferências de saúde entraram em pauta para observação ou votação, isso nos últimos 10 anos, eu sou oposição, eu sou oposição porque não faço a vontade do que o gestor quer, não é que faço oposição só por me opor não. (informação verbal)⁴⁰

A função do conselheiro é saber e o que estar acontecendo, é buscar essa informação, é também repassar essa informação, buscar essa informação dos usuários, dos trabalhadores e de outras pessoas que não estejam no conselho. Repassar, mas não só do que está acontecendo ali naquela localidade, mas também em geral, até para pensar outras possibilidades. A gente escuta no rádio ou passa no jornal que o Ministério da Saúde está disponibilizando recursos para alguma ação, aí a gente tem que pensar como trazer, como buscar melhorias para o município. (informação verbal)⁴¹

Eu entendo que a informação é que habilita o conselheiro para a o exercício da sua atividade, informação no sentido que ele precisa conhecer, ter acesso às informações de como acontece a política de saúde. Ele só vai ter acesso a isso através da informação, é extremamente necessário para o exercício da função. A comunicação eu penso ela mais no sentido de que o conselho possa dar visibilidade da sua atuação, se o conselheiro se informa para exercer o seu papel e precisa se comunicar como vem desempenhando seu papel, ele tem que ter um canal, em fazer essa volta para a sociedade. Pensamos então a informação e comunicação como uma via de mão dupla, se ele se informa, ele exerce bem seu papel, e ele comunica, ele divulga, dá visibilidade ao exercício do que ele vem fazendo. (informação verbal)⁴²

Podemos observar que os entrevistados atribuem um significado importante à comunicação e à informação. A informação é entendida como insumo básico para o exercício do controle social, e a comunicação é entendida como algo que serve para dar visibilidade às ações do conselho. Nesse mesmo pensamento Tovar (2006) coloca que a real participação e o controle do cidadão necessitam do fortalecimento dos recursos de poder das organizações sociais e um dos maiores recursos do poder está no acesso e manejo da comunicação e da informação.

Sobre a obtenção de informação - de acordo com a necessidade da sua atuação como conselheiros - os entrevistados responderam que buscam informações em locais oficiais ou não. Percebemos que as informações são obtidas em diversos níveis: em órgão de governo e

³⁹ Entrevista 5 - Conselheiro segmento usuário, município 1. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁴⁰ Entrevista 6 - Conselheiro segmento usuário, município 1. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁴¹ Entrevista 7 - Conselheiro segmento trabalhador, município 1. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁴² Entrevista 8 - Conselheiro segmento gestor/governo, município 1. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

em outros órgãos, e na mídia em geral. Fizemos a distribuição abaixo de acordo com as respostas dos entrevistados:

1. **Nível federal:** sites oficiais como DATASUS, Ministério da Saúde, CADSES, material didático do Tribunal de Contas da União, Conselho Nacional de Saúde, Departamento Nacional de Ouvidoria do SUS, publicações recebidas de diversos órgãos do governo (relatórios técnicos, estudos, cartilhas).
2. **Nível estadual:** Secretaria Estadual de Saúde, documentos do Conselho Estadual de Saúde.
3. **Nível municipal:** Site oficial da Câmara de vereadores, pessoalmente na própria Secretaria de saúde, com a gestão da Secretaria de saúde, no próprio Conselho de saúde, livros de curso para conselheiros, e participando do curso para conselheiros.
4. **Mídias:** ouvindo o programa de rádio A Voz do Brasil, lendo jornais impressos, no facebook (visitando as páginas que contem assuntos de interesse da saúde).

Sobre a facilidade ou não da obtenção da informação, os entrevistados disseram:

Há dificuldades. No site do DATASUS⁴³ eu tenho dificuldade, acho que tem algumas coisas que para você ter acesso é muito complexo, principalmente com relação a informações ambulatoriais, procedimentos realizados no município, eu me perco um pouco. Com relação ao Siops⁴⁴, acho ele bom, mas eu me perco. Infelizmente aqui no meu município também, com relação à informação com questões legislativas, muitos projetos, muitos decretos, muitas normas, leis que são votadas aqui na câmara, não estão disponíveis no site, às vezes você fala que quer o projeto de lei tal, foi votado no dia tal, você abre lá e está em branco, não está abastecido com a informação ainda. Talvez porque estão começando agora a fazer, mas eu acho que dificulta. O próprio sistema de informação, o atraso dele retornar as informações, por exemplo, tem coisa que o município repassa para o ministério e demora três meses para o negócio está disponível no site, então você fica com atraso de coisas. O conselho não tem dificuldade de ter informação da secretaria porque a gente está em contato diretamente com o técnico, é uma coisa muito pessoal, é diferente de Belo Horizonte, por exemplo, que é muito grande, então você pede para alguém que não te conhece, que vai pedir para outra pessoa que não te conhece, então fica uma coisa impessoal, mas aqui

⁴³ O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) surgiu em 1991 com a criação da Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Na época, a Fundação passou a exercer a função de controle e processamento das contas referentes à saúde que antes era da Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (DATAPREV). Foi então formalizada a criação e as competências do DATASUS, que tem como responsabilidade prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática, necessários ao processo de planejamento, operação e controle.

⁴⁴ O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) é um instrumento de planejamento, gestão e controle social do Sistema Único de Saúde (SUS).

não, então eu precisei de uma informação da vigilância epidemiológica, eu chego perto do coordenador e converso com ele. Fica uma falta de formalidade que eu acho muito prejudicial, mas tem essa facilidade do acesso. (informação verbal).⁴⁵

É fácil, existe um bom relacionamento entre o Conselho municipal de saúde, os membros trabalhadores de saúde e conselheiros de saúde usuários e governo. (informação verbal)⁴⁶

Não é tão fácil, o conselheiro tem que assinar alguma coisa, correr atrás, não chega muito fácil no conselho para a gente. Eu acho que o conselheiro tem que ter capacitação mais frequente, tem que ser contínuo. (informação verbal)⁴⁷

Não é fácil. A secretaria aqui eu não sei se posso falar com tanta certeza se ela tem pouco funcionário ou se a demanda é tanta que eles não conseguem ter um horário para você. Eu faço parte da ouvidoria, até as demandas da ouvidoria que nós levamos no início do ano, a secretaria só veio responder agora no final do ano. Eu já participei de plenária de curso do conselho estadual de saúde e lá tem bastante informação. (informação verbal)⁴⁸

Algumas são fáceis, mas outras não, quando a gente precisa delas para levar no ministério público ou outra coisa assim, por exemplo, aí fica mais difícil, pois as pessoas tem receio de informar. (informação verbal)⁴⁹

Às vezes é difícil ou nem consegue. A dificuldade é política, porque eu entendo que o gestor acha que o conselho é um empecilho para ele. (informação verbal)⁵⁰

Eu acho que principalmente na secretaria o povo não gosta muito de fornecer informação. Acho que por medo de passar furos. Alega que não tem, que não tem como responder naquele momento, fala que vai te enviar depois e não envia, mais no sentido de protelar a resposta. (informação verbal)⁵¹

Para mim enquanto conselheira, eu obtenho as informações facilmente, mas se eu for pensar nos conselheiros em geral, e no conselho que eu estou inserida tem muita dificuldade de acesso, porque falta estrutura física, falta equipamento. Eu falei que o acesso hoje eu acho mais fácil é da internet, a maioria dos conselheiros ainda tem esse acesso, mesmo os que têm, têm ainda a dificuldade tecnológica de acompanhar esses canais, se eu falo da minha condição eu tenho acesso muito fácil, mas se eu penso no conselho como um todo ainda é muito restrito. Eu acho que estrutura, mas falta habilidade para acessar esses canais, porque a informação está aí disponível, mas eu preciso ter condição técnica, condição interna e formação para acessar a informação, e para eu traduzir a informação, porque às vezes se eu não for pensar na internet, o conselho recebe boletins, informativos e informação chega, mas ela fica lá, ela não é decodificada, e ela não vem para

⁴⁵ Entrevista 1 - Conselheiro segmento trabalhador, município 2. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁴⁶ Entrevista 2 - Conselheiro segmento gestor/governo, município 2. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁴⁷ Entrevista 3 - Conselheiro segmento usuário, município 2. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁴⁸ Entrevista 4 - Conselheiro segmento usuário, município 2. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁴⁹ Entrevista 5 - Conselheiro segmento usuário, município 1. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁵⁰ Entrevista 6 - Conselheiro segmento usuário, município 1. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁵¹ Entrevista 7 - Conselheiro segmento trabalhador, município 1. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

o cotidiano do conselheiro, então é uma questão só de estrutura? É, mas não é só isso, é uma questão também de eu me colocar a trabalho e ver que eu preciso dar meus pulos para eu decodificar, e eu não posso ficar esperando que alguém venha e me diga olha aqui a informação que você precisa. (informação verbal)⁵²

Observamos nessas falas dificuldades das mais variadas para a obtenção da informação. Essas dificuldades de manipulação dos sistemas de informação do Ministério da Saúde; dificuldades do acesso a informações legislativas devido a não estarem disponíveis nos sites oficiais das prefeituras; dificuldade de obtenção de informações financeiras ou de ações das políticas de saúde; dificuldade de interpretação de informações técnicas.

A informação que não é dada, que não está disponível para os conselheiros, sobre esse aspecto, Moraes, I. (2006) argumenta:

O debate democrático sobre a produção, a disseminação e o uso das informações em saúde e suas tecnologias é fundamental para a longa luta emancipatória dos cidadãos. Necessariamente passa pela apropriação de saberes/poderes por parte da população e suas representações, como os conselheiros de saúde no segmento de usuários. Uma visão tecnicista/tecnocrática circunscreve os saberes aos especialistas. Por isso, a apropriação de informações e saberes aqui delineada representa denunciar e superar a imagem falsa que só técnicos sabem e podem decidir sobre a informação em saúde e as tecnologias a ela associadas. (MORAES, I., 2006, p. 25).

Para essa autora, é preciso estabelecer uma agenda política para que seja ampliada a discussão com a sociedade sobre a informação e comunicação para o exercício do controle social em todo o país, pois isso vai significar um avanço na melhoria do SUS e para a ampliação da democracia no Brasil. Pactuando desse pensamento, Silva (2006) reforça a ideia de que:

Os sujeitos políticos participam da vida social em proporção ao volume e qualidade das informações que possuem em especial, a partir das suas possibilidades de acesso às fontes de informação e de condições favoráveis de aproveitamento delas, de forma a poderem intervir como produtores do saber. (SILVA, 2006, p. 85).

Conforme afirmado pelos autores acima, os entrevistados apresentaram as suas dificuldades de obtenção da informação. Em um primeiro momento reconhecem a importância da informação e nesse momento colocam como é difícil obtê-la. Oliveira (2006) traz a questão da comunicação e poder, para esse autor o controle público pressupõe uma

⁵² Entrevista 8 - Conselheira segmento gestor/governo, município 1. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

sociedade mais democrática e uma igualdade em termos simbólicos entre os sujeitos sociais, ele afirma que essas condições não estão dadas para atuação dos conselheiros.

Sobre a comunicação do Conselho com a sociedade, os entrevistados disseram:

Isso está falho demais, o momento que há uma troca maior, são os momentos de conferência, pré-conferência. O conselho se faz mais presente, nas comissões locais, e a comissão local acaba se tornando um pouco restrita, são poucas as pessoas da comunidade que se interessam em participar, é um momento de interação interessante também, mas acaba restringindo, as pessoas abrem mão de participar, elas falam o fulano está indo, elas abrem mão disso. A gente planejou, fez um boletim, mas não foi publicado, ano passado foi feito e não foi publicado, ano retrasado também foi feito e não foi publicado. Aí vem várias desculpas, porque na verdade o nosso boletim ficou a cargo da secretaria de comunicação publicar, infelizmente eu estou achando que isso não está dando muito certo, talvez não haja interesse em publicar, não sei, estou especulando, mas vamos ver isso durante esse ano, como resolver esse problema. (informação verbal)⁵³

Através de reunião mensal, a reunião é aberta à sociedade. O Agente comunitário de saúde ajuda a divulgar as reuniões, nas Unidades Básicas de Saúde e tem um calendário anual das reuniões, anexado no quadro de avisos da unidade bem à entrada da unidade, isso ajuda a divulgar. (informação verbal)⁵⁴

Através de reunião mesmo, porque a gente tem um boletim do conselho que tem mais de 2 anos para sair e não sai, falta boa vontade do gestor, ficou pronto dentro do computador e não saiu, a comissão de comunicação do conselho fez o boletim, atualizou mas não foi feito. A gente utiliza o boca-a-boca [...] eu, por exemplo, procuro ser conselheiro todo dia, não é que eu falo que sou conselheiro, é participar é importante a população falar [...] O controle social envolve vários conselhos, a população ainda não se apercebeu da importância do espaço que é reservado, mas não é ocupado. Eu tenho certeza que a população não se apercebeu do espaço do controle social, é importante você falar, mesmo se você não tem direito a voto, você tem direito a voz. (informação verbal)⁵⁵

Não se comunica, o conselho tem quase dois anos que está tentando lançar o jornal do conselho, mas até hoje não vi o lançamento desse jornal. Quando não é um problema interno da divulgação mesmo, é falta da comissão de comunicação se reunir. (informação verbal)⁵⁶

No passado a gente usava o rádio e o jornal, hoje não está tendo um folder, por enquanto não está tendo nada. (informação verbal)⁵⁷

É muito fechado, aliás, ele é aberto, mas não emana o conselho para a sociedade, a não ser que seja alguém igual a mim, que participa. Tem a comissão de comunicação, mas na verdade nada é comunicado, por falta de

⁵³ Entrevista 1 - Conselheira segmento trabalhador, município 2. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁵⁴ Entrevista 2 - Conselheiro segmento gestor/governo, município 2. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁵⁵ Entrevista 3 - Conselheiro segmento usuário, município 2. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁵⁶ Entrevista 4 - Conselheiro segmento usuário, município 2. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁵⁷ Entrevista 5 - Conselheiro segmento usuário, município 1. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

organização do conselho, porque a comissão faz parte do regimento, como tem a comissão de fiscalização e a comissão executiva. (informação verbal)⁵⁸

No momento não se comunica, eu sugeri que fosse feita a página no facebook, até foi uma luta implementar essa comissão, jornalzinho, página do facebook não tem até hoje. Eu descobri que tinha um jornalzinho, mas eu nunca tive acesso a nada do conselho, eu mal sabia da existência do conselho antes de entrar, acho que é uma comunicação muito precária. (informação verbal)⁵⁹

Tem um ensaio de um boletim informativo, mas que ainda não está efetivo, então tem uma percepção que é necessário ter um canal, um boletim. O conselho está em uma unidade que é muito frequentada, então tem um mural físico e informação disponibilizada lá. Aqui é um município muito pequeno, então a informação circula um a um, as pessoas frequentam espaços sociais e falam muito, mas um canal oficial de informação essa tentativa aí de ter um informativo, que ainda não saiu, por falta de uma assessoria específica, a gente já teve aqui no conselho outras épocas [...] a gente tinha uma assessoria do curso de comunicação da UFMG, e a gente fez algumas oficinas com os conselheiros, oficinas que a gente chamava de comunicação, e os alunos da graduação da UFMG trabalhavam com eles a importância da comunicação, de acessar os meios de comunicação isso foi de uma outra época, aí mudou a gestão e mudou tudo, mas foi uma experiência muito importante. (informação verbal)⁶⁰

Em relação à comunicação que o conselho deve ter no sentido de dialogar com a sociedade sobre suas ações, deliberações, discussões, enfim, sobre a atuação do conselho na política pública de saúde: essa comunicação, segundo os entrevistados, não ocorre como deveria ocorrer. A visibilidade da práxis dos atores sociais só pode ser realizada com a comunicação e a informação e, a partir daí produzir compartilhamento de sentidos fazendo com que tudo que vem a público possa ser visto, ouvido, debatido e comentado por todos (ARENDR, 2010). A partir desse pressuposto e com base nas respostas dos entrevistados, podemos dizer que ao não se comunicar com a sociedade o conselho não dá visibilidade à sua prática política.

Sobre a divulgação de informações do Conselho para o segmento que o entrevistado representa:

Olha, já divulguei mais. Em 2013 tive um desânimo muito grande devido a falta de interesse do segmento em obter informação, eu tentei fazer inclusive reuniões com grupo de representação do segmento dos trabalhadores, previamente nas reuniões foram duas ou três pessoas só. Eu não acho que isso sirva de desculpa para a gente que está representando um segmento, tem que continuar a tentar, mas tem que utilizar outra estratégia porque esperar

⁵⁸ Entrevista 6 - Conselheiro segmento usuário, município 1. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁵⁹ Entrevista 7 - Conselheiro segmento trabalhador, município 1. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁶⁰ Entrevista 8 - Conselheiro segmento gestor/governo, município 1. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

que as pessoas perguntem, elas não perguntam não, muito raramente. O trabalhador se interessa mais em perguntar questões trabalhistas de ordem sindical, mas com relação às questões do conselho, muito pouco, talvez assim alguma questão da unidade de saúde, a comissão local tem sido interessantíssima nesse sentido, na comissão local pelo menos nas que eu participei mais, o trabalhador efetivamente da unidade tem interesse em estar, e ali se aproveita e passa informação e capta informação também, a comissão local está sendo a grande estratégia nova, que não é tão nova assim, mas para nós aqui está sendo, deve ter uns quatro anos que a gente começou com comissão local. Com a comissão local está havendo uma interação maior, eu acho que vai ser a salvação mesmo, há mais troca de informação, abrange mais pessoas. Com relação à comunidade eu acho ainda restrita, mas com relação ao trabalhador tem sido interessante, normalmente a equipe está toda presente nas reuniões, com raras exceções. (informação verbal)⁶¹

Sim. Eu trabalho na gestão da Atenção Básica, nessas reuniões tem sempre um membro da gestão, nas reuniões nas UBS são divulgadas todas as informações. Eu divulgo a informação porque o quando o Conselho municipal de saúde manda a pauta, nós discutimos entre os coordenadores da Secretaria municipal de saúde (programas, projetos e ações), são dados os encaminhamentos, já se define quem vai apresentar, esclarecer as dúvidas etc., a gente trabalha em rede mesmo. (informação verbal)⁶²

Sim, nas reuniões nas igrejas, comissão local, mas falta mobilização com participação, as pessoas não participam, a gente informa que tem as comissões locais, a gente informa, tem um convite que os ACS leva, mas nem assim o pessoal participa. (informação verbal)⁶³

Não sei se os outros conselheiros estão fazendo o mesmo, mas tudo que acontece lá no conselho eu tiro um momento na comissão local e passo tudo de mais importante que está discutindo lá, e às vezes quando eu tenho reunião na igreja nos grupos que eu participo, e eu participo bastante, eu divulgo lá também, porque lá também é um meio de comunicação, e as pessoas estão interessadas em saber, nunca os deixo sem informação sobre o conselho, sobre o SUS, sobre o que está acontecendo nas unidades. (informação verbal)⁶⁴

De vez em quando a gente fala para as pessoas, mas a gente não tem feito reuniões, discutido na igreja ou nas associações. A gente não tem discutido não, só quando pas pessoas que perguntam a gente fala. (informação verbal)⁶⁵

Sempre, eu sou presidente da associação daqui do bairro e nas reuniões eu passo informações sobre o conselho e saúde de um modo geral. As pessoas mais reclamam que perguntam e aí temos que informar. (informação verbal)⁶⁶

⁶¹ Entrevista 1 - Conselheiro segmento trabalhador, município 2. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁶² Entrevista 2 - Conselheiro segmento gestor/governo, município 2. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁶³ Entrevista 3 - Conselheiro segmento usuário, município 2. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁶⁴ Entrevista 4 - Conselheiro segmento usuário, município 2. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁶⁵ Entrevista 5 - Conselheiro segmento usuário, município 1. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁶⁶ Entrevista 6 - Conselheiro segmento usuário, município 1. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

Eu tento, eu tento chamar as pessoas, lá na unidade que eu trabalho, eu divulguei as datas das plenárias, afixei no quadro, divulguei durante as atividades com usuários, incentivava as pessoas a participarem. Nunca divulguei algum tema, o que eu percebo é que os trabalhadores tem um desinteresse de certa forma, nunca me perguntaram o que estava acontecendo. (informação verbal)⁶⁷

O segmento gestor é o menos participativo aqui, eu sou uma das que mais participa, apesar do secretário ser conselheiro ele participa pouco, por isso mesmo eu fico com o compromisso sempre:terminada a reunião, no dia seguinte, dar o retorno, eu diria que não é nem para o segmento, dar um retorno para o secretário, como é que foi, que demanda o conselho tem, o que enquanto segmento a gente precisa estar trabalhando, mas não é uma discussão com o segmento, é mais uma discussão com o secretário até mesmo com uma demanda dele mesmo, de querer que representantes participem e acompanhem e mantenham ele informado. (informação verbal)⁶⁸

Para Kronemberger (2010) o sucesso da atuação dos conselhos municipais está diretamente relacionado com o reconhecimento e legitimidade pelos atores políticos ali presentes. Observamos que a maioria dos entrevistados divulgam as informações sobre o Conselho para o segmento que representam, alguns além de divulgar discutem com o segmento, outros relatam que as pessoas que fazem parte de seu segmento não perguntam, não tem interesse em saber.

Sobre se o gestor acata as deliberações do Conselho:

Cozinha em banho Maria as deliberações do conselho. Esse final do ano que passou, nós aprendemos a estratégia de no documento, primeira coisa, é o que falei para você do interior é a não formalização das coisas. Até o ano retrasado a gente não formalizava a deliberação em um documento, constava só em ata. A partir do ano retrasado começou a formalizar em documento, só que não tinha a homologação do secretário, a partir do ano passado passou a constar a homologação do secretário, então há um comprometimento maior da gestão em assumir aquela deliberação também, mesmo porque se tem lá um documento comprovando a ciência, não que precisasse, eu não acho isso necessário, mas acho que isso envolve mais as pessoas, não que eu acho que tenha feito uma diferença na prática. O que foi interessante e fez uma diferença prática foi a cobrança do conselho em cima da resolução e da deliberação com o número do documento, por exemplo, foi feita a deliberação no passado com relação a carga horária dos dentistas de 20 horas, foi feito o documento, não por isso houve nenhuma mudança prática, a partir do momento que você tem a resolução e que a mesa diretora cobrou o cumprimento de uma resolução que estava formalizada já houve uma movimentação da secretaria no sentido de resolver, aí você me pergunta e resolveu, não resolveu, olha para você ver, nem com esse mecanismo não resolveu, mas pelo menos houve uma movimentação por parte da gestão em

⁶⁷ Entrevista 7- Conselheiro segmento trabalhador, município 1. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁶⁸ Entrevista 8- Conselheiro segmento gestor/governo, município 1. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

explicar porque não resolveu, porque antes nem isso acontecia, as deliberações do conselho daqui eram palavras ao vento, com certeza, e eu acho que a tendência é essa formalização dar um resultado maior daqui para frente. (informação verbal).⁶⁹

Na medida do possível, tem deliberações da conferência que não foram acatadas, por exemplo, em relação ao transporte, que seria tipo um transporte sanitário que não tem, hoje tem, mas a gerência do transporte da saúde não é da saúde, a centralização é da administração que comanda tudo. (informação verbal)⁷⁰.

Às vezes ou quase nunca, porque na nossa unidade teve um problema com uma televisão que foi retirada sem poder ter sido retirada, o conselho deliberou sobre essa televisão e até hoje não foi resolvido, isso tem 2 anos. Outro caso que pode até constatar até com documento do conselho é que o transporte da saúde não é vinculado na saúde, quem é o coordenador do transporte da saúde é o coordenador do transporte da prefeitura, isso foi discutido e deliberado na conferência, teve reunião com o prefeito e o conselho não conseguiu ser autoridade nesse caso do transporte, o transporte está péssimo. Eu acho que é falta do conselho ser um conselho mais deliberativo, eu acho que o grande problema mesmo está no conselho em tomar uma decisão, deliberar sobre aquilo e fazer com que aconteça e se não acontecer tomar medidas para que resolva. (informação verbal)⁷¹

Às vezes sim, às vezes não, nunca fala que não vai acatar, mas a gente espera e não acontece. (informação verbal)⁷²

Eu não vi acatar, porque o conselho nada deliberou nos últimos 10 anos, não deliberou por falta de capacitação, por falta de conhecimento do regimento interno, ninguém lê, ninguém sabe. (informação verbal)⁷³

Sinceramente não sei, acho que de um modo geral o conselho vota, são votações importantes de serem aprovadas, por exemplo, quando é uma questão de denúncia é mais difícil, até pela característica política da cidade. (informação verbal)⁷⁴

Em geral sim, é um processo lento, é um processo burocrático, às vezes as resoluções vão para o gabinete e lá tem muita demanda, e demora dar o retorno, os conselheiros reclamam muito disso, na demora das respostas de homologar as deliberações, tem a demora, mas no geral são acatadas sim. (informação verbal)⁷⁵

O caráter deliberativo dos conselhos foi definido pela Lei 8142/90. A deliberação representa o poder de decidir sobre a política pública de saúde na área de atuação do conselho. Segundo a Resolução do CNS/2012 cabe ao conselho deliberar sobre: os Planos de Saúde da

⁶⁹ Entrevista 1 - Conselheiro segmento trabalhador, município 2. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁷⁰ Entrevista 3 - Conselheiro segmento usuário, município 1. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁷¹ Entrevista 4 - Conselheiro segmento usuário, município 2. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁷² Entrevista 5 - Conselheiro segmento usuário, município 1. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁷³ Entrevista 6 - Conselheiro segmento usuário, município 1. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁷⁴ Entrevista 7 - Conselheiro segmento trabalhador, município 1. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁷⁵ Entrevista 8 - Conselheiro segmento gestor/governo, município 1. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

sua respectiva área de abrangência; o Relatório Anual de Gestão; programas e ações de saúde; contratos e convênios celebrados com o SUS; fiscalização e controle de gastos; educação permanente para o controle social do SUS. Cabe ao gestor legalmente constituído, em cada esfera de governo, homologar as deliberações dos conselhos. Para Silva (2003) essa exigência torna a deliberação do conselho dependente da vontade política do governo em exercício. Para Moreira e Escorel (2009) a dependência dos conselhos prejudica o seu funcionamento, inclusive do seu papel de órgão deliberativo:

Dependência e desorganização funcional [...] corroem a consolidação dos conselhos de saúde como instituições que viabilizam a participação deliberativa dos diferentes atores interessados no processo decisório das políticas municipais de saúde. Afetam, portanto, a liberalização do setor, usurpando o poder de intervenção daqueles atores nos rumos das decisões sociais. (MOREIRA; ESCOREL, 2009, p. 800.).

Nos Regimentos Internos dos conselhos pesquisados consta que a gestão deve acatar as deliberações do conselho e se não o fizer cabe rediscussão nos próprios conselhos e encaminhamentos para outros órgãos, como para o Ministério Público por exemplo.

Sobre o impacto que o entrevistado julga ter o conselho nas políticas locais de saúde:

Faz a diferença, eu acho que a gestão não fica tão a vontade mais em tomar decisões de gabinete, e não dar satisfação do que faz. Eu tenho para mim que as políticas tem que ser políticas decididas com a participação da comunidade, e esse é o grande barato do nosso sistema de saúde, eu acho que tem uma questão aí muito grande de vaidade e ego com certeza, uma grande parcela de interesse político também muito grande, na tomada de decisões, mas a tendência é o controle social fazer com que isso melhore com o tempo, bem a passos de tartaruga, muito lentamente, nós já vamos com mais de 20 anos de controle social, que efetivamente não tem ocorrido na maioria das cidades, mas é uma porta, uma forma. Existe a forma de fazer para que as decisões sejam de interesse mesmo da comunidade, o que se decide, o que se faz, o que se investe de recurso, e o objetivo a ser alcançado seja de interesse da comunidade efetivamente, eu acho que isso faz uma diferença, vai fazer uma diferença maior a partir do momento em que esse cidadão que está envolvido nesse contexto de controle social for coerente, que ele entenda o que ele está fazendo ali: olha nós decidimos isso por causa disso, então porque nós decidimos por causa disso nós precisamos de ter uma resposta, ou vai ser uma explicação porque não pode ser feito para que a gente proponha outra alternativa ou que se cumpra, isso está faltando. É tipo assim: você joga muito bem, mas não faz o gol, então fazer o gol está faltando para o conselho daqui desse município, sabemos de coisas, tem que fazer isso, desse jeito e desse, está acontecendo dessa e dessa forma, assim ou assado, fala, fala, fala, e não chega a conclusão nenhuma, então esse amadurecimento está tendo que haver, eu acho que está acontecendo igual eu

estou te falando a passos de tartaruga, mas é melhor que nada. (informação verbal)⁷⁶

Acho importantíssimo, o conselho municipal é um parceiro da secretaria municipal de saúde e tem muita força para resolver muitas coisas, para unir, ajudar a gente em algum projeto que a gente não está conseguindo resolver. Ele entra para ajudar a resolver os problemas, é um parceiro mesmo. (informação verbal)⁷⁷

Eu acho que é positiva. Mal com o conselho se não tivesse ele estaria pior, porque aí não teria fiscalização nenhuma. Ele cumpre esse papel fiscalizador, se eu não acreditasse nisso, eu não estaria lá há 6 anos, sei das limitações, mas acredito. (informação verbal)⁷⁸

Impacto positivo, se não tivesse o conselho não aconteceriam tantas melhorias, o nosso posto aqui mesmo estava com goteira, com chuva na sala de espera, a comissão local deliberou sobre isso e foi resolvido. Mesmo o gestor não acatando todas as deliberações do conselho tem impacto positivo, eu falei que quase nunca o gestor acata, mas pelo menos algumas coisas tem que acontecer, porque se nada acontecesse aí o desânimo viria. (informação verbal)⁷⁹

O conselho é o principal, é a chave, porque para a pessoa obter o fundo de recurso no fundo municipal de saúde, tem que ter o conselho, se não tiver conselho isso não acontece, o recurso do estado da federação não vem, então o impacto é esse, se não tiver o conselho fica tudo parado, o SUS para. O conselho tem um impacto muito forte para a boa gestão do SUS, para melhorar a saúde, para melhorar a informação, para fiscalizar. O conselho é super importante. (informação verbal)⁸⁰

O conselho faz o possível com a comissão de fiscalização, o que está em desacordo é sempre comunicado, mas eu não vejo nenhuma ação que dê a cobertura necessária à comissão de fiscalização, o grito cai no vazio, melhora muito pouco menos que o necessário, isso porque a gestão entende que não deve ser incomodada, por isso não melhora, haja vista a quantidade de ofícios que eu tenho sem resposta. (informação verbal)⁸¹

Tem pouco tempo que estou no conselho para dizer isso, mas acho que a política aqui no município é muito partidária, não é muito a questão da política pública, às vezes até funcionários distorcem a política pública em uma política partidária. (informação verbal)⁸²

Eu sou bastante exigente para isso, claro que o conselho tem trabalhado muito em pautar as questões importantes que os conselheiros percebem nas unidades de saúde, então eles trazem isso e pautam na reunião, eu penso que isso é muito pontual. O conselho tem acompanhado, tem deliberado pontos importantes, os relatórios de gestão, plano municipal de saúde, mas eu não

⁷⁶ Entrevista 1 - Conselheiro segmento trabalhador, município 2. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁷⁷ Entrevista 2 - Conselheiro segmento gestor/governo, município 2. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁷⁸ Entrevista 3 - Conselheiro segmento usuário, município 2. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁷⁹ Entrevista 4 - Conselheiro segmento usuário, município 2. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁸⁰ Entrevista 5 - Conselheiro segmento usuário, município 1. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁸¹ Entrevista 6 - Conselheiro segmento usuário, município 1. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁸² Entrevista 7 - Conselheiro segmento trabalhador, município 1. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

vejo isso em um contexto de planejamento, acho que é muito pontual, vamos lá apresentamos para o conselho e o conselho delibera, não percebo isso em um contexto de planejamento da política de saúde e o conselho ali junto, acompanhando o planejamento e dialogando, é muito na função, aprovar, desaprovar e desaprova pouco, um questionamento ou outro. Então nesse sentido, acho que o conselho participa pouco da consolidação da política, o diálogo é muito limitado. Isso não é em função da dinâmica do conselho, nem em função da dinâmica da secretaria, é que a gente tem uma lógica no SUS: o conselho tem que aprovar, aí vai para o conselho em cima da hora, um documento enorme, vai alguém lá e apresenta, o conselho tem que aprovar e tem prazo para ser aprovado. Mas no dia a dia não se faz essa construção mais participativa, mais colegiada, mas se a gente for ver as deliberações, tem muitas deliberações importantes que impactam na política, por isso eu estou dizendo que é um pouco da minha exigência porque eu acho que o conselho é muito mais do que isso, não é só deliberar, aprovar, mas fazer uma coisa mais cogida. (informação verbal)⁸³

Em pesquisa realizada com conselhos de saúde por Moreira e Escorel (2009), os autores destacam que os conselhos de saúde trazem avanços nas políticas de saúde, no entanto, apresentam problemas de ordem institucional, de autonomia e organização:

Os números demonstram o avanço da inclusividade no setor saúde em nível municipal. Reforçando-os e atribuindo-lhes novas qualidades, o desempenho positivo das variáveis da dimensão "acesso" indica que os CMS também abrem espaços para a participação da população não organizada e para que conselheiros de todos os segmentos cheguem à presidência. [...] O mau desempenho dos CMS nas dimensões "autonomia" e "organização", tônica nacional, indica que as regras existentes não têm sido suficientes para elevar os custos das reações à institucionalização dos CMS. Indica, também, que a ampliação de oportunidades de participação da população como estratégia para a ampliação da base social de apoio aos CMS também não tem sido efetiva para barrar as reações dos gestores. Desta maneira, os CMS tendem a se tornar dependentes dos interesses políticos que dirigem o poder Executivo, ficando impedidos de, por exemplo, contratarem auditorias, pesquisas e consultorias que lhes agreguem capacidade e saber técnico; de consolidarem agendas com outros conselhos e instituições; e de estabelecerem relação diária com a população. (MOREIRA; ESCOREL, 2009, p. 804).

Nas entrevistas, podemos observar como essa questão da falta de autonomia está presente nas falas, no entanto, nota-se uma paralisação das ações do conselheiro quando abordam essa temática.

Como as informações do relatório da conferência são processadas para referenciar a atuação do conselho?

Nós tivemos uma experiência interessante há uns três anos atrás, porque o

⁸³ Entrevista 8 - Conselheiro segmento gestor/governo, município 1. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

que a gente tinha aqui de relatório de gestão anual era uma colcha de retalhos das realizações de cada setor da secretaria, inclusive do conselho, então há uns 3 anos a gente foi fazer um relatório, não que o conselho tenha que apresentar, porque o relatório é de gestão, não sei porque o conselho tem que apresentar relatório, mas foi pedido então o conselho fez. Eu fiz um levantamento com relação a todas as atas daquele ano e cruzei informações das deliberações da conferência com os temas discutidos e resolvidos ou decisões tomadas em reuniões, e fiz um quadro: coloquei deliberação tal – não foi tocado no assunto naquele ano; decisão tal - não foi encaminhado nada. E a maioria das deliberações não foram tocadas no assunto, e foi muito interessante porque muitos conselheiros ficaram bravos e disseram, mas isso é tiro no pé, é tiro no pé, mas é a verdade, nós estamos aqui discutindo e o que foi deliberado eu não inventei está nas atas, mas nós tocamos no assunto e não apareceu nada, tocou no assunto *an passan*, mas não foi deliberado nada, falou e só foi falado, mas não foi deliberado nada sobre o assunto, então o que nós estamos fazendo aqui? Então a gente começou a ficar mais ligado que o nosso rumo é definido por aquilo que se delibera na conferência, discute com um setor, com uma parcela maior da comunidade, do trabalhador, da sociedade de uma maneira geral, e a gente tem que zelar por isso, a gente não pode esquecer o que foi decidido lá e ficar viajando na maionese o ano inteiro, mas então assim, agora está tentando um novo tratamento. Naquela reunião que você estava foi aprovada a agenda mínima, a cada mês a gente deverá se debruçar como ponto de pauta pelo menos uma ou duas deliberações por mês no que foi discutido na conferência, com base nessa experiência, no que foi discutido o ano todo. Infelizmente muitas deliberações das conferências não são discutidas pelo conselho. A partir de agora era ter a agenda mínima para discussão no conselho. (informação verbal)⁸⁴

É discutido, é preciso as deliberações da conferência de saúde para realizar o plano municipal de saúde, é discutido no conselho. Quando o plano municipal de saúde é aprovado no Conselho municipal de saúde ele já consta as deliberações das conferências. (informação verbal)⁸⁵

Por ser voluntária, e aquela falta de participação, a gente acaba se perdendo em algumas coisas, a gente não foca muito em conferências, nas deliberações, a gente não cobra muito, o certo seria a gente focar em cima das conferências, onde não tivesse a justificativa do gestor. A gente dá outro segmento e acaba que se perde algumas vezes, acaba tendo que aprovar recursos, chega alguma coisa do estado ou do ministério da saúde você tem que aprovar para ontem, a pauta acaba sendo fechada em medida de urgência[...] nós agora em 2014 vamos fazer se Deus quiser, uma agenda mínima de ações do conselho para a gente ter um espaço para cobrar. (informação verbal)⁸⁶

O conselho está sempre cobrando, agora na próxima reunião a gente vai colocar isso como pauta, para a gente rever as deliberações da conferência, justamente porque a gente percebeu que não está sendo tudo acatado e a gente vai levar em pauta, vai levar para o gestor, para ver o que está fazendo, o que pode ser feito. Cobrar o conselho sempre está cobrando, mas a gente

⁸⁴ Entrevista 1 - Conselheiro segmento trabalhador, município 2. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁸⁵ Entrevista 2 - Conselheiro segmento gestor/governo, município 2. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁸⁶ Entrevista 3 - Conselheiro segmento usuário, município 2. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

vai por em pauta para ficar mais organizado. (informação verbal)⁸⁷

Nós temos discutido isso, mas nessa gestão do conselho, por exemplo, eu não tenho lembrança de ter visto nenhuma discussão sobre as deliberações da conferência, a gente está falhando nisso aí. Eu tenho falado que nós temos que discutir as deliberações da conferência, a gente tem que fazer uma análise sobre as deliberações com prioridade de curto prazo, médio prazo e longo prazo, para que a gente possa correr atrás, se assim der tempo na gestão.(informação verbal)⁸⁸

Seria obrigatório, o Conselho por em votação e deliberar sobre os pontos aprovados nas conferências de saúde, porque a conferência de saúde é feita exatamente para isso, para melhorar, dar novos rumos e não é feito, então fica naquela, deixa como estar para ver como é que fica. Os conselheiros cobram muito como eu que fico brigando e outros pouquíssimos, mas não acontece nada, nessa última conferência não foi nada discutido no conselho. (informação verbal)⁸⁹

Eu não tive acesso até hoje ao relatório da conferência, vou cobrar, mas acho que o conselho vota as questões que são apresentadas pela gestão, que são questões importantes de serem votadas,, como o plano de combate à dengue entre outras, mas as questões de denúncia não vão a fundo, e as deliberações da conferência acabam ficando aí em segundo, terceiro, décimo quinto plano. (informação verbal)⁹⁰

Passada a conferência, é produzido um relatório, e nessa última teve uma proposta que foi acatada, que todos os participantes da conferência, não só os conselheiros, recebam o relatório para o acompanhamento pelo conselho. Alguns conselheiros têm insistido, sem ainda ter obtido sucesso, para que as propostas sejam pautadas em blocos nas reuniões ordinárias, para que o conselho possa discutir e transformar a proposta em deliberação para ser encaminhada à gestão para ser homologada, isso não aconteceu, mas alguns conselheiros tem essa leitura que é preciso que isso seja feito, acho que não aconteceu por falta de planejamento, tem sempre ponto de pauta, outras demandas e isso vai ficando de lado, é muito comum em uma reunião ou outra, algum conselheiro sempre lembrar “gente as propostas da conferência”, a metodologia pensada é essa, incluir como ponto pauta por blocos na reunião ordinária ir discutindo para transformar em deliberação ou não e fazer o acompanhamento da efetivação junto à gestão. (informação verbal)⁹¹

Segundo a Resolução do CNS 453, as conferências de saúde devem servir para subsidiar os conselhos de saúde na sua atuação, portanto os conselhos devem discutir, elaborar e aprovar propostas de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde.

Para Müller Neto e Artmann (2011) não há acordo sobre as deliberações das

⁸⁷ Entrevista 4 - Conselheiro segmento trabalhador, município 2. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁸⁸ Entrevista 5 - Conselheiro segmento trabalhador, município 1. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁸⁹ Entrevista 6 - Conselheiro segmento usuário, município 1. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁹⁰ Entrevista 7 - Conselheiro segmento trabalhador, município 1. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁹¹ Entrevista 8 - Conselheiro segmento gestor/governo, município 1. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

conferências serem acatadas pela gestão devido a algumas questões apontadas pelos autores:

As conferências de saúde podem ser classificadas ainda como “público político fraco”, pois suas decisões não são vinculativas, não são obrigatórias e automaticamente incorporadas às políticas de saúde, e dependem de outras circunstâncias para que possam influenciar a agenda de prioridades do gestor e da gestão de saúde. Entre estas se relacionam o projeto político de governo; o valor atribuído às deliberações da conferência pelo gestor; o peso político dos atores sociais demandantes; a vida associativa; a debilidade dos mecanismos de controle e prestação de contas da gestão, como também do próprio conselho de saúde; o conflito de interesses; a governabilidade sobre o problema por parte da gestão da saúde, entre outros. O caráter vinculativo das deliberações das conferências é um ponto de dissenso entre atores governamentais das três esferas de governo e os atores da sociedade civil. (MÜLLER NETO; ARTMANN, 2012, p.3413).

Sobre qual importância atribuem à Resolução do CNS 453/2012, a maioria dos entrevistados disse que não se lembrava ou desconhecia a Resolução 453 do CNS, apenas dois entrevistados disseram que conheciam e que a considerava muito importante para o controle social:

Conheço, é fantástica, eu acho que ela forçou mais o cumprimento, o que era óbvio na constituição na lei 8142, mas que sempre se dava um jeitinho de fazer um ajustezinho para corresponder aos interesses do gestor que muitas vezes não funcionava. Ela definiu quem são os segmentos, definiu que trabalhador é trabalhador, gestor é gestor e usuário é usuário e o que é deliberado é para ser cumprido, se não é cumprido deve procurar o ministério público. Uma vez eu falei com uma conferencista que estava aqui em uma conferência, o que fazer se o gestor não cumpre a deliberação do conselho, ela disse: vai ao ministério público, isso foi antes da resolução, ela falou ali e daí a pouco veio a resolução, então tem que vir escrito, achei que isso aí foi um grande diferencial. A Resolução obriga o governo a respeitar o conselho, é lógico que o conselho também precisa se dar o respeito, tem que haver uma coerência na forma que as coisas são discutidas, a forma como são levadas. Eu me preocupo muito com o fato do conselho ser usado, por um grupo ou outro grupo, porque o conselho é um local para que haja um crescimento da política pública de saúde, você não pode ter aquele negócio interesse políticos contrários, partidários ou de grupos que seja, situação ou oposição, mesmo porque o governo fica usando isso, ah é porque são oposição. A gente tem que superar, tem que ser supra partidário, eu considero um espaço absolutamente democrático nesse sentido, e as pessoas tem que ter coerência e o que a gente quer, a gente quer a melhoria da qualidade da política pública de saúde, transparência com relação aos recursos investidos, a gente quer efetividade no que é proposto em se fazer na cidade, mas aí se eu fico naquela história, mas eu não gosto desse prefeito porque ele é do outro partido, essa política de academia de saúde é muito

bom, mas eu vou ser contra, porque não quero que dê certo, aí já não dá, aí se perdeu, concorda? (informação verbal)⁹²

É a bíblia, o livro de cabeceira do conselho, nosso conselho ficou muito preso na resolução anterior, a 333, ela traz poucas alterações, mas traz alterações importantes, a gente ainda precisa assimilar, e aqui tem uma coisa muito interessante, quando o conselheiro toma posse, ele recebe uma pastinha com o regimento com a lei 8080, a resolução 453, mas ninguém lê, se a gente for discutir gente que já leu, conhece, vamos então incorporar no nosso cotidiano, ainda é muito distante. (informação verbal)⁹³

É preciso destacar aqui que os conselhos de saúde de todo o país eram regidos pela Resolução do CNS 333/2003, a Resolução do CNS/453 é relativamente nova. Segundo o Conselho Nacional de Saúde (2012) essa Resolução traz mudanças importantes para o exercício do controle social, no entanto, o seu desconhecimento limita ainda mais as ações dos conselheiros e demonstra que as decisões nacionais não chegam ao âmbito local como deveriam, e que é preciso uma aproximação maior do Conselho Nacional com os conselhos municipais de saúde.

Sobre o conhecimento do tema “comunicação e informação” nos relatórios das conferências de saúde do município:

O tema da conferência do ano que passou foi justamente esse assunto. O presidente do conselho foi um dos primeiros a levantar a importância disso aí, porque se o conselho não interage com a sociedade da cidade, perdeu o seu sentido, que controle social é esse que a sociedade não sabe nem que existe conselho. Foi debatido a respeito disso, de levantar essa questão nas unidades de saúde que são locais mais próximos, o indivíduo utiliza essa unidade e está sempre ali, foi falado muito com relação à comissão local, fortalecer a comissão local, que a secretaria tenha mecanismo de interação com a comunidade, ouvidoria, os boletins, os informativos por escrito, a participação tanto dos técnicos quanto do próprio conselho, tanto na comissão local quanto na sala de espera. Na conferência foi falado sobre esse assunto, um projeto para se trabalhar na sala de espera, enquanto as pessoas estão lá você leva informações para ela. (informação verbal)⁹⁴

Os usuários pedem informações sobre os serviços de saúde do município, a oferta de serviços. Por exemplo, quando fomos implantar o protocolo de Manchester, nós fizemos um folder para explicar como iria funcionar, e foi tranquilo. Estamos pensando em fazer um folder para divulgar as informações sobre o horário de funcionamento da unidade, como funciona, a oferta de serviço do município, isso é de grande importância para a comunidade. (informação verbal)⁹⁵

⁹² Entrevista 1 - Conselheiro segmento trabalhador, município 2. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁹³ Entrevista 8- Conselheiro segmento gestor/governo, município 1. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁹⁴ Entrevista 1- Conselheiro segmento trabalhador, município 2. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁹⁵ Entrevista 2- Conselheiro segmento gestor/governo, município 2. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

Eu não vou lembrar agora o que foi, mas foi, inclusive o que foi discutido na conferência o tópico principal seria a informação e comunicação. Tem que se pensar uma coisa em nível nacional e estadual sobre a comunicação, não só para o conselho de saúde, mas o próprio usuário se perde por falta de informação e comunicação. (informação verbal)⁹⁶

Ficou deliberado que teria que ter o informativo, o jornalzinho. Deliberou que sempre teria cursos para conselheiros todo ano para atualização. (informação verbal)⁹⁷

Eu não tenho lembrança se houve essa discussão. (informação verbal)⁹⁸
Fala de jornal para o conselho de saúde, fala da rede de comunicação de um modo geral, fala da comissão de comunicação, mas ficou só no papel, por falta de controle, falta de vontade política. (informação verbal)⁹⁹

Eu não tive acesso ao relatório da conferência, não lembro de ter deliberado questões de comunicação. Foram deliberadas mais questões pontuais das ações e serviços de saúde, mas não se deliberou sobre o conselho. (informação verbal)¹⁰⁰

A gente trabalhou o tema a humanização como política transversal, especificamente em relação à comunicação e saúde. Com esse tema rendondinho, não apareceu nada, apareceu que é importante divulgar dados, informar as pessoas, porque o tema da humanização apareceu por causa da questão de que o cidadão precisa saber como é que a política funciona, o olho no olho, indiretamente eu diria que esse tema está por aí, mas ele não aparece como um tema discutido, como um grupo de trabalho, como eixo temático, ele não apareceu na conferência municipal. (informação verbal)¹⁰¹

As conferências de saúde devem pautar a ação do conselho. No que se refere à informação e comunicação, a maioria dos entrevistados se recordou de deliberações sobre esse assunto. No entanto, transformar essa deliberação em prática é que parece ser o maior entrave dos conselhos. Conforme apontado por vários autores nesse trabalho, a prática dos conselhos como elemento da democracia se configura como instrumento importante, no entanto, percebemos na fala dos entrevistados que há dificuldades práticas, políticas de se fazer acontecer aquilo que foi deliberado nas conferências em ação dos conselhos de saúde.

⁹⁶ Entrevista 3- Conselheiro segmento usuário, município 2. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁹⁷ Entrevista 4- Conselheiro segmento usuário, município 2. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁹⁸ Entrevista 5- Conselheiro segmento usuário, município 1. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

⁹⁹ Entrevista 6- Conselheiro segmento usuário, município 1. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

¹⁰⁰ Entrevista 7- Conselheiro segmento trabalhador, município 1. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

¹⁰¹ Entrevista 8- Conselheiro segmento gestor/governo, município 1. Entrevistadora: Berenice de Freitas Diniz.

7. CONCLUSÃO

Digo: o real não está na saída nem na chegada:
ele se dispõe para a gente é no meio da travessia.
(Guimarães Rosa)

Esse estudo pretendeu oferecer reflexões acerca do tema comunicação e informação para o exercício do controle social no SUS, abordando os principais aspectos sobre essa temática, e considerando a importância das relações comunicacionais e informacionais para o cidadão enquanto conselheiro e para o espaço dos conselhos. Como definido no início dessa pesquisa, apontaremos as nossas observações a partir das categorias organização, deliberação, comunicação, informação e conselho de saúde.

Os resultados da pesquisa realizada nos dois conselhos confirmam a nossa hipótese de que há poucos investimentos informacionais e comunicacionais nos conselhos de saúde e isso dificultam e compromete a participação dos conselheiros. A falta de diálogo do Conselho com a sociedade acarreta o desconhecimento sobre as suas ações e isso atribui um grau de pouca importância do órgão pela população.

A categoria **organização**: os dois conselhos pesquisados possuem salas administrativas organizadas em prédios da Secretaria municipal de saúde. O CMS de Brumadinho possui local mais adequado para sua sede administrativa comparado com o CMS de Sarzedo. O local para a realização das reuniões plenárias dos conselhos são locais improvisados, e não são auditórios ou sala de reunião ampla, com estrutura confortável, adequada de acordo com a necessidade de um conselho de saúde. Ambos os conselhos possuem secretarias administrativas contratadas pela Secretaria municipal de saúde e desenvolvem suas atividades em tempo integral nos conselhos. Os dois conselhos possuem orçamento próprio, mas quem gerencia esse orçamento é a Secretaria municipal de saúde, de acordo com as necessidades apontadas pelos conselhos.

A categoria **deliberação**: observamos que nesta categoria as deliberações das Conferências de saúde não cumprem seu papel de subsidiar as ações dos Conselhos de saúde. Os relatórios das conferências pesquisadas trouxeram deliberações sobre a comunicação e informação, ainda que tímidas, no entanto, no relatório da conferência consta que o gestor deve cumprir as deliberações do conselho (isso já está previsto em lei), porém o sentimento dos delegados da conferência deve ser o de que não são cumpridas as deliberações do conselho de saúde, por parte da gestão. No CMS de Brumadinho não foi encontrada nenhuma

deliberação que fosse discutida nas reuniões plenárias, no período após a realização da conferência de saúde, que serviu de análise dessa pesquisa. No CMS de Sarzedo, observamos a presença da agenda mínima sendo construída para subsidiar as ações do conselho, também foi possível detectar a criação da comissão de comunicação para a confecção do boletim informativo para o conselho.

Sobre as deliberações das reuniões plenárias, realizadas no período pesquisado, observamos que praticamente todas as pautas propostas em sua maioria pela gestão foram aprovadas. No entanto, observamos no CMS de Sarzedo e no CMS Brumadinho relatos de conselheiros entrevistados sobre o não cumprimento das deliberações dos conselhos por parte da gestão. Alguns inclusive, relatam que a gestão não assume que irá descumprir uma deliberação, mas na prática ela não quer, ela não cumpre.

Nos dois conselhos, as reuniões ordinárias e extraordinárias acontecem periodicamente. O problema que detectamos é que muitas vezes os materiais que devem ser analisados previamente pelos conselheiros são enviados em tempo muito curto para leitura. Esses materiais contêm muitos dados técnicos, próprios da administração e da saúde pública, muitos deles contêm metas, indicadores, relatórios financeiros, pactuações e, ações e políticas desenvolvidas dentro do SUS, temas esses que podemos considerar de ordem mais burocrática. A falta de tempo hábil para os conselheiros avaliarem os materiais prejudica a análise minuciosa do assunto e compromete a deliberação sobre o tema. No CMS de Brumadinho há presença de comissões temáticas que são expressas no regimento, no entanto, a comissão de comunicação praticamente não está em funcionamento e não tem realizado produção e discussão sobre comunicação do conselho. No CMS de Sarzedo, a mesa diretora cumpre o papel de comissão, quando há necessidade de criação de comissão para discutir e encaminhar algum assunto específico, de acordo com o regimento interno do Conselho o plenário tem autonomia para criar esta comissão.

A construção da pauta é determinada pelos conselhos, no entanto, observamos por meio da análise das atas e fala dos conselheiros que a pauta, na maioria das vezes, é solicitada pela gestão. Percebemos que há uma insatisfação dos conselheiros quanto a isso. Por esse motivo o CMS de Sarzedo discutiu e deliberou sobre a realização de uma agenda mínima do conselho, pautada na necessidade de discussão do conselho, observando as normas legais que devem ser cumpridas pelo órgão e acrescentando outros itens de ordem mais política para a ação cotidiana dos conselheiros.

Na categoria **comunicação** observamos que a interação que ocorre nas reuniões plenárias do CMS é personalizada. Por se tratar de municípios de pequeno porte, os

conselheiros ali presentes se conhecem, conhecem a história uns dos outros, e no tratamento e relacionamento essa proximidade é visível. O aspecto interessante dessa personalidade é a cordialidade que os membros tem entre si, no entanto, essa característica impede muitas vezes o posicionamento contrário a questões relativas ao papel do conselheiro.

A conversação que ocorre trata dos temas em discussão nas plenárias. Observamos durante as reuniões que muitas vezes o tema em discussão é deslocado para outro tema; também observamos o não conhecimento dos conselheiros de temas apresentados. Observamos que durante a ocorrência da conversação são explicitadas as dúvidas, os questionamentos, e muitas vezes chegam a um consenso, se não por meio das explanações, mas por meio do voto de cada conselheiro.

Quanto aos **atos públicos de fala e o discurso**, observamos que existem conselheiros que se expressam mais, esses exercem lideranças sobre os demais conselheiros, são mais ouvidos pelos outros conselheiros durante as reuniões. Geralmente os conselheiros que mais se expressam também são os que mais colocam opiniões conflitantes. Observamos que o presidente e a vice-presidência tem autoridade e são respeitados pelos cargos que ocupam. Nesse sentido, os conselheiros tendem a encaminhar aquilo que a mesa diretora ou a pessoa que preside as reuniões sugerem como proposta.

Quanto às estratégias de comunicação observamos, nos dois conselhos, que elas não acontecem como deveriam, praticamente não existem. Internamente, os conselheiros comunicam-se via reuniões, alguns por e-mails e nas reuniões das comissões quando elas acontecem. Externamente, a comunicação com a sociedade é praticamente inexistente, detectamos que alguns conselheiros dialogam com o segmento que representam, mas isso não é uma prática cotidiana dos conselheiros entrevistados. Os conselhos não utilizam rádios comerciais, nem rádios comunitárias para dialogar com a sociedade; não possuem boletim impresso ou eletrônico para informar a população sobre as suas ações; não possuem site, blog na internet ou outra forma virtual de comunicação. Partindo desse pressuposto, podemos dizer que o diálogo com a sociedade é inexistente, o que prejudica a função que deve ser exercida pelo conselho.

Sobre a informação, os conselheiros apontaram que muitas vezes a dificuldade da interpretação de dados, seja pela complexidade desses ou pela forma como são apresentados. O acesso às informações quase sempre é uma barreira, o que impede o conselheiro de ter transparência sobre recursos, ações e políticas de saúde.

Sobre a Resolução 453 do CNS, há um grande desconhecimento sobre ela. Isso é um problema, pois essa Resolução é a norma que deve ser seguida para operacionalização das

atividades dos conselhos de saúde, incluindo sua organização, a garantia de respeito às deliberações dos conselhos, instruindo o conselho a quem recorrer no caso de desrespeito às suas ações. O desconhecimento demonstra que a importância dessa Resolução não foi ainda percebida pelos conselhos de saúde, no caso dos pesquisados.

Na categoria **conselho de saúde**, constatamos que os conselhos pesquisados seguem o critério da paridade para a sua composição. O CMS de Brumadinho realiza eleição para a composição do conselho do segmento dos trabalhadores e usuários, durante as conferências municipais de saúde ou pré-conferências de saúde - eles não são indicados por entidades da sociedade civil. O CMS Sarzedo realiza eleição durante a conferência municipal ou pré-conferência de saúde para o segmento de usuários. O segmento de trabalhadores realiza plenária própria para a indicação dos seus representantes. Nos dois conselhos, o segmento de governo/gestor indica seus representantes para a composição do conselho.

A partir dos dados coletados e das entrevistas, podemos dizer que existem muitos obstáculos a serem enfrentados pelos conselhos de saúde. No que tange à comunicação e à informação para o exercício do controle social nota-se a percepção dos conselheiros sobre a sua importância, no entanto constatamos que colocar em prática ações para garantia dessa ação estratégica que é a comunicação e a informação ainda é um problema, arriscamos dizer que se trata de um problema da falta de autonomia do conselho colocar em prática as suas deliberações. Mas também a falta do conselho fazer um debate mais político e articular ações cotidianas com os diversos campos da sociedade.

O conselho cumpre um papel importante, que é a formalidade das deliberações a cerca de documentos elaborados sobre a saúde, recursos financeiros e elaboração de pareceres, porém deixa a desejar no seu aspecto político mais abrangente da articulação interna e externa no debate público com a sociedade sobre o SUS.

Podemos generalizar as discussões apontadas nesse trabalho para outros municípios? Se considerarmos que o Brasil é composto pela maioria de municípios de pequeno porte, há questões similares que podem estar ocorrendo nesses municípios, pois a estrutura administrativa de cada município é definida em lei. Os conselhos de saúde são criados em cada estrutura administrativa obrigatoriamente. E a sociedade brasileira possui traços muito parecidos, mesmo com as diferenças regionais, geográficas, os problemas vivenciados como o patrimonialismo, a recente democracia vivida, podem ser observados em toda a sociedade independente do território.

Independente dos problemas apresentados, destacamos que consideramos os conselhos de saúde como um avanço da democracia brasileira. O que pretendemos com esse

estudo foi trazer a reflexão sobre a prática da instituição conselhos de saúde, no aspecto comunicacional e informacional desses espaços, para que essas variáveis contribuam para o efetivo controle da sociedade sobre as ações do Estado.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, I.S.; CARDOSO, J.M. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ARENDT, H. **A condição Humana**. Tradução de Roberto Raposo. 11 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

AVRITZER, L. **Conferências Nacionais: ampliando e redefinindo os padrões de participação social no Brasil**. Texto para discussão. Brasília: Ipea, 2012. Disponível em: <http://www.consocial.cgu.gov.br/uploads/biblioteca_arquivos/274/arquivo_f4176c9563.pdf> Acesso em: 23 de jan. 2014.

_____. Sociedade Civil, Instituições Participativas e Representação: Da Autorização à Legitimidade da Ação. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 3, p. 443 – 464, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 19 de dez. 2013.

AVRITZER, L.; COSTA, S. Teoria Crítica, Democracia e Esfera Pública: Concepções e Usos na América Latina. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 4, p.703-728, 2004.

AVRITZER, L.; SANTOS, B. S. Para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, B. S. (Org.). **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

BENEVIDES, M.V.M. Cidadania e democracia. **Revista de Cultura e Política**. São Paulo: Lua Nova, n. 33, aug. 1994.

BEZZON, L. A. C. Análise político-sociológica do reencontro da sociedade civil a democracia segundo a perspectiva da comunicação pública. In: OLIVEIRA, M.J.C. (Org.). **Comunicação pública**. Campinas-SP: Alínea, 2004, p.17-28.

BOURDIEU, P. **O poder Simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

BRASIL. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. São Paulo: Saraiva, 2004.

_____. Decreto 7.508/2011, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 jun. 2011, p. 1

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31dez. 1990

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. **ABC do SUS: Doutrinas e princípios**. Brasília-DF, 1990.

_____. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Aprova as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília/DF. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 02 out. 2013, p. 5, seção1.

CEBES. A questão democrática na área da saúde. **Saúde em Debate**. São Paulo, n.9, jan/fev/mar, 1980.

CÔRTEZ, S.V. **Participação e Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

COSEMS AL. **Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão**. 2011. Disponível em: <<http://www.cosemsal.org/?pag=artigo&idArtigo=2>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

CONSELHO MUNICIPAL DE SARZEDO. Ata da reunião do cms sarzedo do dia 10 de dezembro de 2013.

DESLANDES, S.P.; GOMES, R.; MINAYO, M.C. (Org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 3 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

DESLANDES, S.P.; GOMES, R.; MYNAYO, M.C. (Org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 31 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

DOWBOR, L.; POCHMANN, M. (Orgs.) **Políticas para o desenvolvimento local**. São Paulo: Perseu Abramo, 2008.

DUARTE, J. Entrevista em profundidade. In: DUARTE, J.; BARROS, A. **Métodos e Técnicas de Pesquisa em Comunicação**. São Paulo: Atlas, 2010, p.62-83.

SCOREL, S. et al. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUÁREZ, J.M. (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 59-82.

SCOREL, S.; BLOCH, R. A. de. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. In: LIMA, N. T. et al. (Ed.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p.83-119.

FLEURY, S.; OUVÉNEY, A. M. Política de Saúde: Uma política social. In: GIOVANELLA, L.; SCOREL, S.; LOBATO, L.V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 23-64.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOUCAULT, M. Verdade e Poder. In: _____. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2013.

FOUCAULT, M. **Ditos e Escritos. Estratégia, Poder-saber**. RJ: Ed. Forense. Universitária, 2006.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FREIRE, P. Política e Educação. São Paulo: Cortez, 1993.

DEMO, P. **Cidadania Pequena: polêmicas do nosso tempo**. Campinas, SP: Autores Associados, 2008.

GOHN, M.G. **Conselhos gestores na política social urbana e participação popular**. Cadernos Metrópole, n. 7, p. 9-31, 1º sem. 2002.

_____. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. Coleção Questões da nossa época. São Paulo: Cortez, v. 84, 2003.

_____. Os conselhos municipais e a gestão urbana. In: SANTOS JUNIOR, O. A.; AZEVEDO, S.; RIBEIRO, L. C. Q. (Orgs.). **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004a.

_____. **Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais**. Saudesoc., São Paulo, v. 13, n. 2, aug. 2004b.

GUSHIKEN, L. Prefácio. In: OLIVEIRA, M.J.C. (Org.). **Comunicação pública**. Campinas/SP: Alínea, 2004.

HABERMAS, J. **Direito e Democracia: entre facticidade e validade**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, v. II, 1997.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional**. 2010. Disponível

em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_minas_gerais.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2013.

KRONEMBERGER, T. S. **A Participação da sociedade civil na política de saúde: um estudo sobre o Conselho Municipal de Saúde de Niterói**. 2010. 165 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política). Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro/RJ, 2010.

LABRA, M.E. Conselhos de Saúde: visões “macro” e “micro”. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**. Porto Alegre, v. 6, n. 1, jan.-jun., p. 199 – 221, 2006.

LABRA, M.E. **Existe uma política de participação e controle social no setor saúde? Contribuições para um debate urgente**. Texto preparado para o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES. Rio de Janeiro, dezembro de 2007.

LEMOS FILHO, T. **O Estado Democrático de Direito**. Jornal Correio do Povo Rio Grande do Sul, 2009. Disponível em:

<http://www.esapergs.org.br/site/arquivos/artigo_1291133399.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2014.

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

MATOS, H. **Capital social e comunicação: Interfaces e articulações**. São Palo: Summus, 2009.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M.C.; SANCHEZ, O. **Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, jul-sep., p. 239-262, 1993.

MORAES, I.H.S. Informação em saúde para o exercício do controle social: a luta pela democratização e qualidade da informação. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.15-27.

MORAES, N. A. Comunicação, sentidos e saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.61-66.

MOREIRA, S.V. Análise documental como método e como técnica. In: DUARTE, J.; BARROS, A. **Métodos e Técnicas de Pesquisa em Comunicação**. São Paulo: Atlas, 2010, p. 269-279.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. Conselhos municipais de saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, . Rio de janeiro, v. 14, n. 3, p. 795-805, 2009.

MORONI, A.J. O direito a participação no governo Lula. In: FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (Org.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010, p. 248-269.

MÜLLER NETO, J.S; ARTMANN, E. **Política, gestão e participação em Saúde: reflexão ancorada na teoria da ação comunicativa de Habermas**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de janeiro, v. 17, n. 12, p. 3407-3416, 2012.

OLIVEIRA, M.J.C. (Org.). **Comunicação pública**. Campinas/SP: Alínea, 2004.

OLIVEIRA, V.C. **Comunicação, informação e controle público ou social nos conselhos municipais de saúde**. 2012. (No prelo)

_____. Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 56-69, mai./ago. 2004.

_____. Desafios e contradições comunicacionais nos conselhos de saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p.29-43.

OLIVEIRA, V.C. et al. **Os alicerces da utopia: Saúde e cidadania no SUS de Brumadinho**. Brumadinho, Secretaria Municipal de Saúde, 1996.

PASCHE, D.F.; VASCONCELOS, C. M. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009, p. 531-562.

PEREIRA NETO, A.F. **Conselho de favores: controle social na saúde: a voz de seus autores**. Rio de Janeiro: Garamond, 2012.

PEREIRA, I. B; LIMA, J.C.F.(Coord.).**Dicionário da educação profissional em saúde, 2009**. Disponível em: <<http://www.epsvj.fiocruz.br/dicionario/verbetes/consoc.html>>. Acesso em: 12 mar. 2014.

RIBEIRO, Renato Janine. **A democracia**. São Paulo: Publifolha, 2001.

SANTOS, M. As cidades locais no Terceiro Mundo: o caso da América Latina. **Espaço e Sociedade: Ensaio**. Petrópolis: Vozes, 1979.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Guia do SUS de Brumadinho-MG**. Comissão de Integração Docente Assistência (CIDA), 2011.

SILVA, I.G. **Democracia e participação na Reforma do Estado**. São Paulo: Cortez, 2003.

SOARES, M.V. **Democracia por razões de justiça: fronteiras entre a argumentação moral e a deliberação política**. Disponível em: <http://www.sndd2014.eventos.dype.com.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=4152>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

SOUZA, M. F. **Comunicação e democracia nos conselhos de saúde: um estudo sobre os processos deliberativos do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro**. 2011. 164 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação e Informação em Saúde) ICICT/FIOCRUZ, Rio de Janeiro/RJ, 2011.

STRALEN, C.J. et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás, Mato Grosso do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, jul-sep., p. 621-632, 2006.

THOMPSON, J.B. **A Mídia e a Modernidade: uma teoria social da mídia**. 11 ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2009.

TORO, B.; WERNECK, N.M.D. F. **Mobilização Social: Um modo de construir a democracia e a participação**. UNICEF- Brasil, 1996.

TOVAR, M. T. Participação e controle social para o exercício pleno da cidadania em saúde na América Latina: importância da comunicação Informação. In: BRASIL, Ministério da Saúde.

Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p.57-60.

VALLADARES, Cristiana. **A Esfera Pública e a Política segundo Hannah Arendt**. Monografia (Especialização em Instituições e Processos Políticos do Legislativo). Programa de Pós-Graduação do Centro de Formação e Aperfeiçoamento Câmara dos Deputados. Brasília-DF, 2009.

VIANA, A. L. D.; LEVCOVITZ, E. Proteção Social: introduzindo o debate. In: VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E.; IBANEZ, N. (Orgs.) **Proteção Social: Dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005.

BIBLIOGRAFIA

ARAÚJO, I. S. **Polifonia, concorrência discursiva e produção dos sentidos. O método do mapa do mercado simbólico.** Unirevista, v.1, n.3, jul. 2006.

ARAÚJO, I. S. **Planejamento de Comunicação.** Curso de Especialização em Comunicação e Saúde 2010. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2010

AVRITZER, Leonardo. **A moralidade da democracia.** São Paulo/Belo Horizonte: Perspectiva/UFMG, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – Participasus / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.** – Série B. Textos Básicos de Saúde - Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 40 p.

_____, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório das oficinas de comunicação.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 103p. – Série D. Reuniões e Conferências.

CÔRTEZ, S.V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudanças nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (Org.). **Participação, democracia e saúde.** Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 122-128.

DESLANDES, S.P; GOMES, R; MINAYO, M.C. (Org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 31 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

ESCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 385-434.

ESCOREL, S; RASGA, M. Participação Social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p.979-1010.

ESCOREL, S. **Revirada na saúde Tema/Radis,** 11:5-7, 1988.

FLEURY, S. O dilema da Reforma Sanitária Brasileira. In: BERLINGUER, G.; FLEURY, S.; CAMPOS, G.W.de S. **Reforma Sanitária - Itália e Brasil.** HUCITEC-CEBES, São Paulo, 1988, p.195-207.

FLEURY, S. Democracia e saúde. In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência do social.** Rio de Janeiro: Relumé-Dumará, 1992, p.9-12.

FOCAULT, M. **A ordem do discurso aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de novembro de 1970**. 20 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2010.

FOUCAULT, M. **A Ordem do Discurso**. São Paulo: Loyola, 1996.

FREIRE, P. **Política e Educação**. São Paulo: Cortez, 1993.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto de comunicação e Informação Tecnológica em saúde. **Seminário SUS 20 anos: desafios para a informação e comunicação em saúde**. Fiocruz/ICIT, 2009.

CARDOSO, J. M. Comunicação e Saúde: para fortalecer o SUS, ampliar a participação e o controle social. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.45-55.

GOHN, M.G. **Movimentos Sociais e redes de mobilizações civis no Brasil contemporâneo**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2010.

GUIZARDI, F.L. **Do controle social à gestão participativa: perspectivas pós-soberanas para a participação política no SUS**. 2008. 259f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

HABERMAS, J. **Mudança estrutural da esfera pública: investigação quanto a uma categoria da sociedade burguesa**. Rio de Janeiro: Ed. Tempo Brasileiro, 1984.

ICICT/FIOCRUZ. **Manual de Normalização de trabalhos acadêmicos**. Rio de Janeiro, 2013.

OLIVEIRA, V. C. Comunicação, Informação e Ação Social. In: **Organização pan-americana da saúde**. Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família. Brasília, 2000. p. 65-74. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/Texto_4.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2013.

OLIVEIRA, V. C. Comunicação e Saúde: Desafios práticos e conceituais. In: **Caderno Mídia e Saúde pública: 20 anos do SUS e 60 anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Belo Horizonte: ESP MG, 2008. p. 11-22.

REIS, G.A. **Diretrizes para o desenvolvimento de sistema de informação para conselhos municipais de saúde**. Tese (Doutorado) – Escola de Ciência da Informação Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

ROCHA, M.N.D. **Produção de conhecimento sobre: Participação e controle social em saúde (1980-2005)**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde comunitária). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, 2007.

SCHWARTZ, G. Arranjos comunicativos locais e desenvolvimento humano. In: DOWBOR, L.; POCHAMANN, M. (Org.). **Políticas para o desenvolvimento local**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2008.

APÊNDICE A

Formulário para inventariar estratégias de comunicação e informação dos conselhos de saúde. (Esse formulário será utilizado para fazer o levantamento sobre o que o conselho possui institucionalmente no que diz respeito à informação e comunicação. Deverá ser feito com o presidente e secretária de cada conselho).

A. Identificação do Conselho

Conselho Municipal de Saúde de: _____

Data de implantação do Conselho: _____

Dia e horário da reunião plenária do Conselho: _____

Periodicidade das reuniões ordinária e extraordinária:

B. Estrutura e organização:

1. A sede do conselho funciona no mesmo prédio ou sala da Secretaria Municipal de Saúde? () **sim** () **não**

Endereço:

2. Quantas pessoas trabalham na estrutura de apoio e administração do Conselho?

3. Essas pessoas possuem que tipo de vínculo trabalhista?

Concursado

Comissionado

Terceirizado

Outros _____

4. Que funções essas pessoas exercem?

5. Qual é o orçamento anual do conselho?

6. De acordo com a Resolução 453 do/2013 do Conselho Nacional de Saúde, este Conselho tem autonomia para gerir seu orçamento?

Sim Não

7. O conselho tem assessoria técnica (comunicação, jurídica, contábil ou outras)?

8. O Conselho já recorreu ao Ministério Público alguma vez? Se sim por qual motivo?

9. Quantas Resoluções do Conselho foram homologadas pelo gestor?

10. Quantas foram recusadas?

11. Em caso de recusa, o que o Conselho faz?

12. Qual a assiduidade dos conselheiros às reuniões plenárias?

C. Estratégias de Comunicação e Informação:

Possui Página na Internet: _____

Possui Telefone: _____

Possui e-mail: _____

Possui Facebook: _____

Possui Jornal eletrônico: _____

Possui boletim impresso: _____

Se sim, qual a periodicidade de publicação: _____

O conselho tem acesso e utiliza às rádios comunitárias? _____

O Conselho acessa periodicamente o site do Conselho Nacional de Saúde _____

13. **Comunicação externa** - Como o conselho comunica suas pautas e decisões para a sociedade?

14. **Comunicação interna** – que meios e métodos de comunicação e informação são mais utilizados para a circulação de informações e a tomada de decisões nas plenárias do conselho? (Apresentação oral do tema, explicação e tradução dos documentos mais complexos, Há leitura antecipada dos documentos pelos conselheiros ou alguma comissão, ou mesa diretora?

15. Já foi identificado se existem problemas de compreensão de documentos por parte dos conselheiros?

D. Sobre a pauta das reuniões

Como é elaborada a pauta de reuniões:

Quem define a pauta:

Quem faz a leitura da pauta:

O tema comunicação e informação fez parte da pauta do conselho nos últimos 2 anos? _____

Se sim, qual foi a pauta:

Se não, por que?

Como o conselho acompanha a implantação do que foi decidido nas conferências de saúde?

Esse Conselho faz parte do Programa de Inclusão Digital (PID) d Conselho Nacional de Saúde?_____

Se sim, como:

Se não, por que?

Os dados do conselho e conselheiros são atualizados periodicamente? Quem faz isto?

Outras observações:

APENDICE B**Questionário:****Identificação do Conselho Municipal de Saúde**

- a) Município: _____
- b) Data de implantação do Conselho: _____
- c) Periodicidade das reuniões do Conselho: _____

Caracterização do conselheiro.

1. Segmento que representa no Conselho:
- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Usuários. | <input type="checkbox"/> Trabalhadores da saúde. |
| <input type="checkbox"/> Governo. | <input type="checkbox"/> Prestadores privados. |
2. Tempo de participação como membro do Conselho:
- | | |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Até 3 meses. | <input type="checkbox"/> Acima de 3 meses até 1 ano. |
| <input type="checkbox"/> Acima de 1 ano até 2 anos. | <input type="checkbox"/> Acima de 2 anos. |
3. Sexo: Fem. Masc.
4. Faixa etária:
- | | |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Até 18 anos. | <input type="checkbox"/> Acima de 18 até 40 anos. |
| <input type="checkbox"/> Acima de 40 até 65 anos. | <input type="checkbox"/> Acima de 65 anos. |
5. Escolaridade:
- | | |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca foi à escola. | <input type="checkbox"/> Da 1ª à 4ª série do 1º grau. |
| <input type="checkbox"/> Da 5ª à 8ª série do 1º grau. | <input type="checkbox"/> 2º grau. |
| <input type="checkbox"/> 3º grau. | <input type="checkbox"/> Pós-graduado. |
| | <input type="checkbox"/> Prefere não informar |
6. Qual a sua ocupação:
- | |
|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estudante |
| <input type="checkbox"/> Autônomo |
| <input type="checkbox"/> Profissional de saúde |

- Aposentado
 Trabalhador Rural
 Motorista
 Profissional de Educação
 Prefere não informar
 Outra _____

7. Faixa de renda mensal individual:

- Sem renda. Até 1 salário mínimo.
 Acima de 1 até 5 sal. mínimos. Acima de 5 até 10 sal. mínimos.
 Acima de 10 até 20 sal. mínimos. Acima de 20 sal. mínimos.
 Prefere não informar

8. **Uso da informação e comunicação para exercer as funções de conselheiro municipal de saúde.**

a) Você considera a informação e a comunicação importante para sua atuação como conselheiro de saúde? _____

Como? _____

b) Com que frequência você acessa informações para exercer o seu papel de conselheiro de saúde?

- Nunca usa. Usa ocasionalmente. Usa regularmente.

Explique como:

c) Onde você obtém informações quando precisa?

d) A informação é facilmente obtida ou existem dificuldades? Se existem quais são essas dificuldades?

e) Como o Conselho (que meios utiliza) se comunica com a sociedade?

f) Você divulga as informações do Conselho para o segmento que você representa?
Se sim, como?

g) O Gestor acata as deliberações do Conselho?

h) Em sua opinião, qual o impacto que você julga ter o conselho nas políticas locais de saúde?

i) Como as informações do relatório da conferência é processado para referenciar a atuação do conselho?

j) Caso conheça, que importância atribui a Resolução 453/2012do Conselho Nacional de Saúde?

k) Você tem conhecimento sobre o que tem sido colocado como comunicação e

informação nos relatórios das conferências de saúde do município?

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

ESCOLA POLITÉCNICA DE
SAÚDE JOAQUIM
VENÂNCIO/FIOCRUZ/RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMUNICAÇÃO, INFORMAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
Um Estudo sobre Conselhos e Conferências de Saúde em dois municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte (MG)

Pesquisador: BERENICE DE FREITAS DINIZ

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 22627813.9.0000.5241

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 454.367

Data da Relatoria: 12/12/2013

Apresentação do Projeto:

Projeto apresentado ao Programa de Pós Graduação stricto sensu do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde- ICICT/FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção de grau em Mestre em Ciências. Na condição de orientador está o Prof. Dr. Valdir de Castro Oliveira. A pesquisa será realizada a partir de análise documental (documentos, relatórios, resoluções e pautas de reuniões); entrevistas semiestruturadas (conselheiros de saúde) e observação participante (plenárias dos Conselhos de Saúde) em Conselhos e Conferências de Saúde em dois municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte/MG. Os participantes da pesquisa são os membros dos conselhos de saúde, em particular dos seguimentos referentes aos usuários, trabalhadores e gestores e prestadores de serviços.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa informa como objetivo primário "analisar a prática dos conselhos e conferências de saúde de dois municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte/MG, identificando, investigando e analisando como o tema comunicação e a informação para o controle social estão presentes ou ausentes nos relatórios das conferências de saúde, nas resoluções dos conselhos e

Endereço: Avenida Brasil, 4365

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.040-900

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)865--9710

Fax: (21)865--9729

E-mail: cep@epsjv.fiocruz.br

ESCOLA POLITÉCNICA DE
SAÚDE JOAQUIM
VENÂNCIO/FIOCRUZ/RJ



Continuação do Parecer: 454.367

como os conselhos de saúde implementam essas deliberações das conferências de saúde na sua respectiva área de abrangência; como acontecem as relações comunicacionais nos espaços internos do conselho e externo (para a população em geral)".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não identificamos riscos significativos decorrentes da participação no estudo. Em relação aos objetivos, estes são indiretos e se relacionam à produção de conhecimento sobre informação e saúde, com ênfase nos aspectos relacionados à participação e controle social no âmbito do SUS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo que trata de tema de relevância social, na medida em que tanto a informação e comunicação em saúde quanto a participação e controle social são elementos estratégicos para o funcionamento adequado do SUS, tendo em vista a democratização da sua gestão e a materialização dos seus princípios e diretrizes. O projeto contém justificativa pertinente e metodologia coerente com os objetivos pretendidos. A pesquisadora informa que pretende realizar 8 entrevistas com conselheiros de saúde no estudo, sendo este, portanto, o tamanho de sua amostra.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados, TCLE, termo de autorização institucional, roteiros de entrevista, folha de rosto e projeto detalhado. A documentação está consonante com a resolução CNS 466/2012.

Recomendações:

Revisar o parágrafo que contém as informações de contato da pesquisadora e do CEP, pois o mesmo contém um pequeno erro de digitação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa foi considerada apta do ponto de vista ético.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Pela análise procedida, este Comitê (registrado junto à CONEP Cf. Ofício n. 2254/Carta n. 0078 CONEP/CNS/MS, de 12 de agosto de 2010) considera o presente protocolo APROVADO.

Endereço: Avenida Brasil, 4365
Bairro: Manguinhos CEP: 21.040-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (213)865-9710 Fax: (213)865-9729 E-mail: cep@epsjv.fiocruz.br

ESCOLA POLITÉCNICA DE
SAÚDE JOAQUIM
VENÂNCIO/FIOCRUZ/RJ



Continuação do Parecer: 454.367

RIO DE JANEIRO, 12 de Novembro de 2013

Assinador por:
Daniel Groisman
(Coordenador)

Endereço: Avenida Brasil, 4365
Bairro: Manguinhos CEP: 21.040-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (213)865--9710 Fax: (213)865--9729 E-mail: cep@epsjv.fiocruz.br

ANEXO B - DECLARAÇÃO CEP

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Comitê de Ética
em Pesquisa
Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio/Fiocruz

Declaração

Declaramos que o projeto 22627813.9.0000.5241 (CAAE) – Comunicação, Informação e Controle Social no Sistema Único de Saúde: Um estudo sobre Conselhos e Conferências de Saúde em dois municípios da região Metropolitana de Belo Horizonte (MG), submetido pela pesquisadora BERENICE DE FREITAS DINIZ ao Comitê de Ética da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, foi aprovado em reunião no dia 12/11/2013.

Rio de Janeiro, 17 de março de 2014.

Cristiane Nogueira Braga
(Coordenadora adjunta do CEP/EPJSV)

Comitê de Ética em Pesquisa
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
Fundação Oswaldo Cruz
Av. Brasil, 4365, Manguinhos - Rio de Janeiro
CEP: 21040-360

ANEXO C



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos _____ o (a) Sr _____ para participar da Pesquisa **INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO PARA O CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: Um Estudo sobre Conselhos e Conferências de Saúde em dois Municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte (MG) sob a responsabilidade da pesquisadora **Berenice de Freitas Diniz**, a qual pretende pesquisar a importância da informação e comunicação para o exercício do controle social do SUS, analisando como esse tema está presente ou ausente nos relatórios das conferências de saúde, nas resoluções do conselho de saúde e como essas deliberações são implementadas e ainda, como acontecem as relações comunicacionais nos espaços internos do conselho de saúde e externo para a sociedade.**

Sua participação é voluntária e se dará por meio de resposta às perguntas que farei em forma de questionário.

Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador de Ética e Pesquisador no telefone: (31)3532-3108, e-mail: berenicedfd@yahoo.com.br e endereço do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio /Fiocruz/RJ – Av. Brasil, 4365, Bairro Manguinhos, Rio de Janeiro/RJ, pelo telefone: (21) 3865-9710 e e-mail: cep@epsjv.fiocruz.br.

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

_____ Data: ___/___/___

Assinatura do participante _____

Assinatura do Pesquisador Responsável _____