

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO
CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE**

**COMUNICAÇÃO E DEMOCRACIA NOS CONSELHOS DE
SAÚDE:**

um estudo sobre os processos deliberativos do
Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

MARCELLE FERNANDES DE SOUZA

**Rio de Janeiro
2011**

MARCELLE FERNANDES DE SOUZA

**COMUNICAÇÃO E DEMOCRACIA NOS CONSELHOS
DE SAÚDE:**

um estudo sobre os processos deliberativos do
Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Dissertação apresentada com vistas
à obtenção do título de Mestre em
Ciências pelo Programa de Pós-
Graduação em Informação e
Comunicação em Saúde – PPGICS,
do Instituto de Comunicação e
Informação Científica e Tecnológica
em Saúde – ICICT/ Fiocruz.

Orientador: Valdir de Castro Oliveira

Rio de Janeiro,

2011

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

S729 Souza, Marcelle Fernandes de.

Comunicação e democracia nos Conselhos de saúde: um estudo sobre os processos deliberativos do Conselho municipal de saúde do Rio de Janeiro / Marcelle Fernandes de Souza. – Rio de Janeiro, 2011. xvi, 153 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, 2011.

Bibliografia: f. 158-164

1. Informação. 2. Comunicação e saúde. 3. Comunicação em saúde. 4. Mediações em saúde. 5. Conselhos de saúde. 6. Deliberações I. Título.

CDD 362.104.25 072

MARCELLE FERNANDES DE SOUZA

COMUNICAÇÃO E DEMOCRACIA NOS CONSELHOS DE SAÚDE:
um estudo sobre os processos deliberativos do Conselho Municipal de
Saúde do Rio de Janeiro.

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde – PPGICS, do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde – ICICT/ Fiocruz.

Profª Drª Fatima Teresinha Sacarpo Cunha
Unirio

Profª Drª Inesita Araújo
ICICT /Fiocruz

Prof. Dr Valdir de Castro Oliveira
ICICT /Fiocruz

Para Alex, meu companheiro de todas as horas, por acompanhar de perto mais uma empreitada, por sua dedicação em todos os momentos e por acreditar sempre em mim.

AGRADECIMENTOS

A minha mãe Ruth, a meu pai Veilton, a meus irmãos Danielle e Osvaldo e a minha querida tia Wallêda por serem o meu porto seguro e a quem devo tudo o que sou hoje;

Ao professor Valdir de Castro Oliveira, por todo empenho, sabedoria, dedicação e pela paciência com as dificuldades enfrentadas por mim no campo da comunicação, já que venho da saúde. Sua profunda participação por meio de discussões, revisões e sugestões possibilitaram a elaboração e o término deste trabalho;

Aos demais docentes do PPGICS, pelo enriquecimento teórico e acadêmico;

Aos colegas de turma, pela intensa troca de informações, ajuda mútua e pelo compartilhamento de momentos extremamente intensos de sofrimento e prazer;

A Fátima Scarparo por toda sua contribuição, participação e amizade desde os tempos de graduação na UNIRIO;

Aos familiares e amigos pelo incentivo e compreensão nos momentos de ausência;

A meu primo e padrinho “Dindão” pelas trocas constantes por toda a caminhada;

Aos conselheiros, sujeitos deste estudo, cuja boa disposição foi fundamental para a realização das entrevistas;

Aos integrantes da Secretaria Executiva do Conselho, por contribuírem com a etapa de coleta de dados, na disponibilização dos documentos requeridos;

E a todos que colaboraram direta e indiretamente na construção desse trabalho, gostaria de expressar a minha profunda gratidão.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIS	Ações Integradas de Saúde
AP	Áreas Programáticas
CAP	Coordenação de Área de Planejamento
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CDS	Conselhos Distritais de Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CIMS	Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CIS	Comissão Interinstitucional de Saúde
CMS-RJ	Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DMP	Departamento de Medicina Preventiva
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DOM-RJ	Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IAPS	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMPA	Instituto Nacional de Matemática Pura e Aplicada
INPS	Instituto Nacional Previdência Social
INT	Instituto Nacional de Tecnologia
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MS	Ministério da Saúde
MTIC	Ministerio do Trabalho Indústria e Comércio
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SINDENFRJ	Sindicato dos Enfermeiros do Município do Rio de Janeiro
SINDSPREV-RJ	Sindicato dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho e Previdência Social do Estado do Rio de Janeiro
SINFAERJ	Sindicato dos Farmacêuticos do Estado do Rio de Janeiro
SINMED	Sindicato dos Médicos do Município do Rio de Janeiro
SMSDC-RJ	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUDS	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
US	Unidade de Serviço

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** Fluxo de trabalho no Atlas.ti
- Figura 2** Mapa do Mercado Simbólico
- Figura 3** Divisão administrativa do Município do Rio de Janeiro

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** Capital social positivo e negativo
- Quadro 2** Distribuição do Município do Rio de Janeiro por APs, RAs e bairro
- Quadro 3** Composição do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
- Quadro 4** Reunião Ordinária do CMS-RJ de 13/7/10
- Quadro 5** Reunião Ordinária do CMS-RJ de 09/11/10
- Quadro 6** Reunião Ordinária do CMS-RJ de 11/1/11
- Quadro 7** Reunião Ordinária do CMS-RJ de 12/4/11

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** Dados de população e área territorial
- Tabela 2** Distribuição dos conselheiros por faixa etária
- Tabela 3** Distribuição dos conselheiros por gênero
- Tabela 4** Distribuição dos conselheiros por escolaridade

LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro para as entrevistas

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

ANEXOS

ANEXO A – Regimento Interno do CMS-RJ

ANEXO B – Movimento de Defesa do Hospital Pedro II

ANEXO C – Jornal Vitrine Zona Oeste

RESUMO

SOUZA, Marcelle Fernandes. **Comunicação e democracia nos conselhos de saúde:** um estudo sobre os processos deliberativos do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2011. Dissertação (Mestrado em Comunicação e Informação em Saúde) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

Esta pesquisa visou investigar e analisar os processos comunicacionais que interferem no exercício das funções deliberativas dos Conselhos Municipais com base em um estudo sobre o Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Os Conselhos de Saúde constituem-se como colegiados permanentes de decisão compartilhada entre representantes do Estado e da sociedade civil, o que faz com que questões comunicacionais se tornem estratégicas para a compreensão do escopo democrático e decisório facultado pela participação nessas instâncias. Foram analisados os processos comunicacionais que ocorreram neste foro, desde a elaboração da pauta, os debates, o estabelecimento de conflitos, consensos, as táticas comunicacionais por parte dos seus membros até a divulgação dos resultados deliberativos. O acompanhamento e a análise destes processos nos permitiram compreender melhor o funcionamento, as dificuldades, as potencialidades e os limites deste tipo de colegiado de controle social no campo da saúde. Tratou-se de um estudo com abordagem qualitativa, de caráter exploratório, do tipo estudo de caso. O *corpus* da análise foi constituído por: oito entrevistas com os conselheiros (segregados por segmento e de forma paritária); observação participante de quatro reuniões ordinárias do referido Conselho e análise documental (atas, pautas, deliberações/ resoluções e fichas cadastrais dos conselheiros). Os resultados desta pesquisa apontaram que o Conselho é, estruturalmente, uma

instância democrática aberta a diversas formas de manifestação e reivindicação da população acerca das questões de saúde. Constatamos que os processos comunicacionais (internos e externos) relacionados à função deliberativa do Conselho são complexos e múltiplos. No entanto, ficaram evidenciadas diversas formas de deficiência na comunicação interna entre conselheiros, o que facilita ao segmento gestor impor a sua lógica sobre os procedimentos deliberativos. Com isto, reiteram-se as relações assimétricas entre conselheiros. Quanto à comunicação externa do Conselho, ficou evidenciada a sua precariedade que deixa de dar publicidade sobre o que faz ou deixa de fazer, cujo resultado é a sua invisibilidade na esfera pública perante os órgãos públicos e a sociedade em geral.

Palavras-chave: informação, comunicação e saúde; comunicação em saúde; mediações em saúde, conselhos de saúde; deliberações.

ABSTRACT

SOUZA, Marcelle Fernandes. **Comunicação e democracia nos conselhos de saúde**: um estudo de caso sobre os processos deliberativos do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2011. Dissertação (Mestrado em Comunicação e informação em Saúde) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

This research aimed to investigate and analyze the communication processes that interfere with the exercise of deliberative functions of the municipal councils based on a study of the Municipal Health Council of Rio de Janeiro. The Boards of Health are as permanent collegiate decision shared between the state and representatives of civil society, which makes communication issues become strategic for understanding the scope of democratic decision-making provided by participation in these instances. We analyzed the communication processes that occurred in this forum, since the preparation of the agenda, the debate, the establishment of conflict, consensus, communication tactics on the part of its members to disseminate the results deliberative. Monitoring and analysis of these processes allowed us to better understand the operation, the challenges, possibilities and limitations of this type of social control in the health field. It was a study with qualitative approach and exploratory, the case study. The corpus of the analysis consisted of: eight interviews with the directors (by segment and in equal numbers), participant observation of four regular meetings of that board and analysis of documents (minutes, agendas, decisions / resolutions of the directors and registration forms). Our results indicated that the Council is, structurally, a democratic body open to diverse forms of manifestation and claims of population on health issues. We found that the communication processes (internal and external) related to the deliberative function

of the Council are complex and multiple. However, were evidenced by various forms of disability in the internal communication between members, which facilitates the segment manager to impose its logic on the deliberative procedures. With this, to reiterate the asymmetrical relationships between directors. As for the external communication of the Council, its precariousness was evident that no longer make public about what does or does not do, the result is their invisibility in the public sphere before the public bodies and society in general.

Keywords: information, communication and health; health communication; mediation in health, health councils; deliberations.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Considerações iniciais	17
1.2 Objetivos	21
1.3 Justificativa	21
1.4 Estruturação da pesquisa	23
2 METODOLOGIA	25
2.1 Coleta de dados	26
2.1.1 Observação participante	26
2.1.2 Entrevista	29
2.1.3 Análise documental	31
2.2 Recorte temporal	32
2.3 Tratamento dos dados e análise	33
2.4 Aspectos éticos	35
3 DEMOCRACIA, COMUNICAÇÃO E DELIBERAÇÃO	37
3.1 Democracia e participação	37
3.2 Comunicação e esfera pública	41
3.2.1 Deliberação	45
3.3 Interação	47
3.3.1 Conversação	49
3.4 Processo comunicacional e prática discursiva	50
3.5 Capital social e poder	56
4 PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL	63
4.1 Movimento reformista na saúde	63
4.2 Participação e controle social na saúde	70
4.3 Conselhos de saúde: desafios e potencialidades	76

5 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO	84
5.1 Contexto geográfico do CMS-RJ	84
5.2 Contexto histórico do CMS-RJ	89
5.3 Organização do CMS-RJ	91
5.4 Composição do CMS-RJ	94
5.5 Perfil dos conselheiros do CMS-RJ	96
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	99
6.1 Reuniões e perspectiva geral do CMS-RJ	99
6.2 Comunicação e deliberação no CMS-RJ	140
7 CONCLUSÃO	154
REFERÊNCIAS	158
APÊNDICE	165
ANEXOS	169

1 INTRODUÇÃO

1.1 Considerações Iniciais

As práticas e mecanismos de participação social no campo da saúde constituem referências para a democracia participativa no Brasil, sendo a Reforma Sanitária fator decisivo para a legitimação dessas práticas participativas.

O movimento reformista do setor saúde, iniciado na década de 1970, e a consequente realização da emblemática 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, definiram o arcabouço do que viriam a se tornar os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), pautado entre outros pela participação.

No que se refere à participação no SUS, a Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080/90), com base nas diretrizes do artigo 198 da Constituição Federal de 1998, nomeia a participação como princípio para ser seguido pelas ações e serviços de saúde que integram o SUS (art. 7.º, VII). No mesmo ano, é sancionada a Lei n.º 8.142/90, que complementando a Lei Orgânica, regulamenta a participação social na gestão do SUS e estabelece, em seu artigo I, a participação em cada esfera de governo, sem prejuízo do Poder Legislativo, através das conferências e dos conselhos de saúde.

Dessa forma, são delineados os espaços legalmente estabelecidos para inserção da população em instâncias colegiadas onde a participação paritária em relação aos demais segmentos (governo, prestadores de serviço e profissionais de saúde) daria, ao menos em tese, a oportunidade de atuar nas etapas de formulação, controle e avaliação das políticas de saúde.

A Resolução 333 do Conselho Nacional de Saúde, do ano de 2003, define o conselho de saúde como:

órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde - SUS em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios [...]. Atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. (BRASIL, 2003, p.4)

A partir das inúmeras competências designadas aos conselhos por esta Resolução, destacam-se três funções, que são: a) função deliberativa, b) função

fiscalizatória e c) função consultiva. Sendo a primeira, no nosso entendimento, sua função vital.

Deliberar, segundo o dicionário Houaiss (2009, p. 610) tem, entre suas acepções, a de “decidir (-se), após reflexão e/ou consultas”, e ainda “empreender reflexões e/ou discussões sobre algo no intuito de decidir o que fazer”.

A natureza deliberativa dos conselhos de saúde indica que nesses espaços devam ocorrer processos de deliberação coletiva, ou seja, a deliberação que ocorre nos conselhos de saúde, em um colegiado composto por uma diversidade de atores, com o propósito de decidir sobre os caminhos da política de saúde. As deliberações dos conselhos, portanto, devem ou deveriam influenciar as decisões políticas e o controle social sobre as políticas, ações e serviços de saúde.

Ao considerar o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, deparamos com a dimensão comunicacional inerente a esse processo.

Os atos deliberativos de um conselho de saúde pressupõem uma forte interação entre os indivíduos que compõem esta instância, uma vez que é através da argumentação que subjaz a deliberação, que ocorre a transformação de ideias; a resolução de conflitos, mas também o afloramento de conflitos latentes; estabelecimento de consensos/dissensos e pactuações. Estes elementos que compõem a cenário deliberativo são determinados pela interação dos atores sociais em cena.

Entre as várias formas de interação social possíveis entre os atores nessas instâncias, destaca-se a conversação, que de acordo com Matos (2009), situa-se na capacidade de abrir caminho para externalização de opiniões conflitantes, assim como contribuir para o estreitamento de vínculos sociais, possibilitando o fortalecimento de relações de confiança e cooperação. Dessa forma, “a comunicação como atividade coletiva que envolve o uso da linguagem e o fortalecimento de vínculos sociais, é uma condição necessária para a formação e utilização do capital social” (MATOS, 2009, p. 23). O capital social pode ser descrito como o conjunto de ganhos que, produzidos na interação social (positivamente ou negativamente), podem ser desfrutados por indivíduos e sociedade. Logo, o capital social apresenta-se simultaneamente como origem e resultado das ações comunicativas.

Ao assumir que os conselhos de saúde, como espaços de negociação, são constituídos por embates permanentes, confrontos de opiniões e intenções; verifica-

se que o capital social aparece de forma cristalina nestas instâncias. Em muitos momentos, relaciona e expressa assimetrias de poder tendo em vista que o capital social acionado por cada conselheiro ou segmento varia de acordo com suas posições e características de enunciações¹ na arena deliberativa. Por isso mesmo, ali se manifesta uma luta política decisiva pelo controle dos mecanismos de poder.

Para Foucault, não existe um poder único, um poder soberano. O poder só existe em relação, em exercício, e estas relações se enraízam no conjunto da estrutura social. (FOUCAULT, 2006a). Segundo o mesmo autor, entre as relações de poder há um dispositivo estratégico que é o discurso, como uma série de acontecimentos através dos quais o poder é vinculado e orientado (FOUCAULT, 2006b). Desta forma, entende-se que as relações de poder estão presentes na prática social e comunicacional dos conselhos.

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. (OLIVEIRA, 2004)

Ainda de acordo com Oliveira (2006) a origem e a diversidade dos atores que compõem os conselhos de saúde são a garantia de sua riqueza, ao mesmo tempo em que esbarram em uma questão crucial: as assimetrias sociais e simbólicas da sociedade tendem a se reproduzir no interior desses espaços com forte impacto nos processos comunicacionais e nos mecanismos de participação social, por representarem diferentes interesses, formas de inserção na sociedade e interpretação dos bens simbólicos em circulação repercutindo na maneira como eles entendem os temas relacionados à saúde e à participação, o que em alguns momentos inviabiliza a ideia de controle social e o pleno funcionamento dos conselhos.

1 – Compreende-se enunciação a partir de Bakhtin (2006, p. 17) como uma réplica do diálogo social. É a unidade de base da língua, de natureza social e, portanto, ideológica. A enunciação não existe fora de um contexto social, já que cada locutor possui seu “horizonte social”, ou seja, pensa e se exprime para um auditório social bem definido.

Esta pesquisa consistiu-se em um estudo sobre os processos comunicacionais que se relacionam com o exercício das funções deliberativas dos Conselhos de Saúde. Partimos do pressuposto que a deliberação nesse espaço é parte de um processo maior que envolve a elaboração da pauta para a reunião do colegiado; as conversações e as negociações entre conselheiros, a reunião em si, ponto central deste processo; e a homologação de suas deliberações.

Os processos comunicacionais analisados se basearam na comunicação interna (diferentes práticas, táticas e estratégias utilizadas) relacionada aos atos deliberativos assim como a comunicação externa relacionada à formalização e divulgação de seus produtos deliberativos.

Nesta perspectiva, tomamos como pressuposto que aspectos internos e externos, envolvendo questões ligadas à comunicação são estratégicos para a compreensão dos processos comunicacionais que determinam os processos deliberativos dos Conselhos e dos jogos de poder que ali ocorrem como parte do escopo democrático e decisório facultado pela participação da sociedade nesse espaço.

Como objeto empírico, tomamos o Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CMS-RJ), criado no ano de 1991, e regulamentado pela Lei 5104, do ano de 2009.

Tendo em vista que os atos de deliberação do Conselho constituem a síntese de suas várias funções e que eles se realizam mediante diferentes práticas, estratégias e táticas comunicacionais, buscamos verificar: a) as características dos processos comunicacionais ali instaurados; b) de que maneira contribuem para o exercício democrático de deliberação nesta instância; c) se representam a possibilidade de efetiva participação e expressão dos diferentes segmentos que compõem o conselho de saúde; d) de que maneira podem ou não contribuir para a confirmação desta instância como espaço de discussão democrática e deliberativa na área de saúde.

Tomando como base as reflexões apresentadas até o momento e as questões norteadoras acima, esse estudo apresenta a seguinte hipótese: os aspectos que caracterizam os processos deliberativos do CMS-RJ são determinados pela forma como se estabelece a comunicação naquela instância; pelos jogos de poder ali existentes; pelas práticas, estratégias e táticas utilizadas pelos diferentes

atores; pelos dispositivos comunicacionais disponibilizados na comunicação interna (entre conselheiros) e externa (população em geral), entre outros.

1.2 Objetivos

Objetivo geral:

Investigar e analisar os processos comunicacionais que interferem no exercício das funções deliberativas do CMS-RJ, envolvendo o debate, os conflitos, os consensos e as práticas, estratégias, táticas e dispositivos comunicacionais utilizados pelos conselheiros diante dos temas de saúde colocados em sua pauta de deliberações.

Objetivos específicos:

- Identificar vozes predominantes na dinâmica dos jogos de poder;
- Identificar as práticas, estratégias e táticas comunicacionais envolvidas no processo de deliberação do CMS-RJ;
- Analisar de que maneira os membros do CMS-RJ participam dos processos deliberativos;
- Elencar e analisar os dispositivos comunicacionais utilizados pelo CMS-RJ no exercício do controle social.

1.3 Justificativa

Os processos deliberativos que compõem os conselhos de saúde ocorrem por meio do debate coletivo entre representantes da sociedade civil organizada e Estado. Seguindo este raciocínio, a deliberação cria as condições para uma democracia ampliada, em oposição ao modelo de democracia representativa.

O entendimento sobre como ocorre a comunicação durante o processo de deliberação nos conselhos de saúde é um pressuposto importante para entender a natureza da própria instituição estudada, seus respectivos alcances e limitações. Mas ela também nos serve, sobretudo para compreender o funcionamento, percepções, restrições e potencialidades desses espaços públicos decisórios no SUS. O nosso pressuposto é o de que a deliberação democrática, envolvendo representantes da sociedade, do sistema de saúde, dos trabalhadores e de prestadores de serviço, é uma variável fundamental, central ou o coração pulsante das funções dos conselhos prevista através de diversos mecanismos institucionais e legais do SUS.

Essa questão está relacionada com o movimento da Reforma Sanitária iniciado no final dos anos 70, em que ocorre um longo processo de reorganização da sociedade civil e das suas formas de relação com o Estado e conseqüentemente um longo processo de transformações institucionais, jurídicas e administrativas, especialmente em nível local, no Brasil. (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005). Esse movimento contribuiu para a legitimação de práticas participativas, nas quais os cidadãos se constituem atores decisivos no processo decisório do governo.

O conselho de saúde, colegiado decisório sobre práticas e políticas do referido setor, constitui-se pela interação, definida pelas relações sociais entre seus membros. Watzlavick, Beavin e Jackson (2004) explicam que a interação representa sempre um processo comunicacional. A interação tem sempre um caráter social e está diretamente relacionada ao processo comunicativo.

Dependendo da maneira como é empreendido o processo comunicacional nos conselhos, ele interfere na performance deliberativa e na capacidade decisória dos atores. A comunicação configura-se, portanto, como um componente estratégico para definição dos arranjos e relações que impactam o funcionamento dos conselhos e que refletem nas deliberações sobre as políticas públicas, ações e serviços na saúde.

Por isso, propusemos estudar um conselho municipal de saúde com base na diretriz da descentralização na saúde inscrita na Constituição Federal de 1988 e Lei 8080, que tem na municipalização a expressão maior deste processo. Segundo Mendes (1993, p.116), “a municipalização da saúde deve inscrever-se como micro-espaço social do exercício cotidiano da construção da democracia e, portanto, da criação da cidadania”.

Maria da Glória Gohn possui uma visão similar:

É na esfera pública local que foram sendo construídas, progressivamente, novas formas de fazer política e surgindo novos modelos de gestão pública. [...] O poder local passou a ser visto como espaço de gestão político-administrativa e não como simples sedes de elites (econômicas, sociais e políticas). (GOHN, 2004a, p. 62-63).

O investimento no poder local, sobretudo com a participação da população na gestão municipal, significa retirá-lo do controle das elites e trazer para mais perto da sociedade civil os espaços de decisão sobre as políticas públicas, o que gera níveis de eficiência superiores ao do passado. (FLEURY *et al.*, 1997)

A escolha do Rio de Janeiro deve-se a esse município ser capital do estado de mesmo nome, o que lhe confere maior desenvolvimento político e econômico além de maior visibilidade no cenário nacional, quando comparado a outros municípios do estado e por localizar-se no mesmo município que a instituição do nosso curso de pós-graduação ICICT/Fiocruz, o que facilita a coleta e análise dos dados.

1.4 Estruturação da pesquisa

Esta dissertação foi estruturada da seguinte forma: no Capítulo I são apresentadas as considerações iniciais: delimitação do tema abordado; exposição do problema que a motivou; hipótese; objetivos e justificativa.

O Capítulo II demarca o caminho metodológico adotado e considerações sobre aspectos operacionais da pesquisa.

O Capítulo III constitui o capítulo teórico. Nele são apresentados, brevemente, os principais modelos democráticos e a relação entre “democracia” e “participação”; posteriormente são inseridas diferentes concepções de “esfera pública” a partir de alguns autores de referência nessa área, e o envolvimento deste termo com a dimensão comunicacional para melhor configurar o conceito e a dinâmica da esfera pública em que se inserem os atos deliberativos; em seguida, são apresentadas algumas considerações sobre a “conversação” como uma das formas de “interação social” entre os atores envolvidos; também são tecidas considerações o processo comunicacional e prática discursiva. Finalmente, apresentamos, de forma sucinta, do modelo de de análise comunicacional intitulado “mercado simbólico” desenvolvido por Inesita Araújo.

Também foram apontados nesta discussão alguns aspectos sobre o conceito de capital social e poder que permeiam as relações entre os atores que compõem qualquer instância coletiva. Foram com estas contribuições teóricas que analisamos a prática comunicacional e os respectivos atos deliberativos do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

O Capítulo IV é um capítulo de revisão sobre a participação em saúde no Brasil. Inicia-se com o movimento reformista, em seguida são apresentadas diferentes perspectivas do controle social e da participação: comunitária, popular e social e exposição dos conselhos de saúde como instâncias participativas institucionalizadas, suas potencialidades e seus desafios.

O Capítulo V representa o capítulo empírico. Nele são apresentados os contextos geográficos e históricos do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, assim como sua organização, composição e perfil de seus conselheiros.

O Capítulo VI apresenta os resultados e sua discussão e o Capítulo VII a conclusão deste estudo.

2 METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido por uma abordagem metodológica **qualitativa**. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. O material primordial da investigação qualitativa é a palavra que expressa a fala cotidiana, seja nas relações afetivas e técnicas, seja nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos (MINAYO e SANCHES, 1993).

A pesquisa é do tipo **exploratória**. Ao utilizarmos pesquisas exploratórias pretende-se aumentar o conhecimento acerca do fenômeno que deseja investigar, formular um problema para investigação mais elaborada ou construir hipóteses. Desta forma, não se imagina chegar a uma resposta definitiva para o seu problema.

Segundo Gil (1999, p.43):

As pesquisas exploratórias tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, tendo em vista, a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. De todos os tipos de pesquisa estas são as que apresentam menor rigidez no planejamento.

Os métodos qualitativos são flexíveis e particulares em relação ao objeto de estudo, evoluem ao longo da investigação e é graças a esta flexibilidade que se consegue maior aprofundamento e detalhamento dos dados. Para Lakatos e Marconi (1992), métodos são os procedimentos reconhecidos, voltados para a produção de dados e explicações.

O caminho metodológico adotado nesta pesquisa ocorreu primeiramente por uma revisão bibliográfica, de modo que a contribuição dos autores que abordam os temas levantados por este estudo constituísse um suporte teórico-conceitual que subsidiasse outras etapas, como o trabalho de campo e o tratamento e análise dos dados e informações.

2.1 Coleta de dados

O trabalho de campo permite a aproximação do pesquisador à realidade a qual pretende investigar. Por campo, na pesquisa qualitativa de acordo com Minayo (2010a, p. 62), entende-se “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 fundamenta-se na aplicação de técnicas de pesquisa com o objetivo de extrair informações relevantes, imprescindíveis para a realização do estudo, baseado no método de pesquisa escolhido. Técnica de pesquisa pode ser compreendida como os procedimentos mais focalizados, que operacionalizam os métodos (SEVERINO, 2002).

As informações utilizadas nesta pesquisa foram constituídas a partir de dados primários, recolhidos por meio da observação e de entrevistas; e por dados secundários, extraídos das atas, ficha cadastral dos conselheiros, Regimento Interno do CMS-RJ (ANEXO A) e legislação específica. Portanto, como técnicas de pesquisa, foram utilizadas neste estudo: **observação participante, entrevista e análise documental**.

A aproximação com o campo ocorreu através das reuniões ordinárias do CMS-RJ que são públicas (abertas a qualquer pessoa). A observação participante, como procedimento técnico de pesquisa, foi introduzida no segundo semestre do ano de 2010.

2.1.1 Observação Participante

A observação constitui elemento fundamental para a pesquisa. Desde a formulação do problema até a análise e interpretação dos dados, a observação desempenha papel imprescindível no processo de pesquisa. Todavia, é no processo de coleta de dados que seu papel se torna mais evidente, conjugada a outras técnicas ou de forma exclusiva. (GIL, 1999). Para Marconi e Lakatos (1999, p.90):

A observação ajuda o pesquisador a identificar e a obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento. Desempenha papel importante nos processos observacionais, no contexto da descoberta, e obriga o investigador a um contato mais direto com a realidade. É o ponto de partida para a investigação social.

A observação participante, como uma das modalidades de observação, não consiste em apenas ver ou ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que se desejam estudar. A importância desta técnica está na possibilidade de captar vários detalhes e situações diretamente ligados à realidade.

Definimos observação participante como um processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador, no caso, fica em relação direta com seus interlocutores no espaço social da pesquisa, na medida do possível, participando da vida social deles, no seu cenário cultural, mas com a finalidade de colher dados e compreender o contexto da pesquisa. Por isso, o observador faz parte do contexto sobre sua observação e, sem dúvida, modifica esse contexto, pois interfere nele, assim como é modificado pessoalmente. (MINAYO, 2010a, p. 70).

A observação participante pode assumir formas diversas. Minayo (2010b, p.280-282) adota a classificação proposta por Gold, que apresenta quatro situações como teoricamente possíveis, dependendo do envolvimento do pesquisador no campo: o participante total; o participante como observador; o observador como participante; o observador total.

O *participante total* é aquele que se propõe a participar em todas as atividades do grupo em estudo, atuando como se fosse um de seus membros; a identidade e os propósitos do pesquisador são desconhecidos pelos sujeitos observados.

Na modalidade de *participante como observador*, o pesquisador estabelece com o grupo uma relação que se limita ao trabalho de campo; a participação ocorre da forma mais profunda possível, através da observação informal das rotinas cotidianas e da vivência de situações consideradas importantes.

A situação de *observador como participante* ocorre através de relações breves e superficiais, nas quais a observação se desenvolve de maneira mais formal; é utilizada, muitas vezes, para complementar o uso de entrevistas.

Na modalidade de *observador total* não há interação social entre pesquisador e sujeitos da pesquisa, os quais não sabem que estão sendo observados e pesquisados; a observação é usada, geralmente, como complemento de outras técnicas de coleta de dados.

Essa classificação, ainda que esquemática, sobre a forma com que o pesquisador se insere no campo, tem o mérito de incluir posturas intermediárias que contemplam a observação participante em diferentes realidades. A observação neste estudo se adequa ao tipo “observador como participante”, por considerar que: há interação, apesar de superficial; a observação não é escondida, porém também não é declarada, pois não há necessidade de autorização pelo grupo ou instituição e ocorre integralmente no período em que o grupo está reunido (do início ao fim da reunião).

Schwartz e Schwartz *apud* Haguette (2007, p. 73) também destacam quatro aspectos da observação participante: a) ter como finalidade a coleta de dados; b) diferentes percepções quanto ao papel do observador, que pode ser revelado ou encoberto, formal ou informal c) amplitude temporal, em que a observação pode ocorrer tanto em um longo período quanto curto e d) observador enquanto modificador do contexto.

A observação participante nesta pesquisa se limita ao papel que se destina que é observar, com a finalidade de coletar dados. No entanto, há possibilidade de interação, visto que não conselheiros e conselheiros se misturam na sala de reunião, ou seja, não há espaço reservado para eles, pelo não havia naquele momento. Essa condição permite a troca de impressões entre pesquisador e conselheiros, além da percepção de posturas e atitudes destes diante dos demais de forma privilegiada. Permite observar o que não é iluminado pela manifestação pública na plenária, pelo pronunciamento formal, mas que constitui em si elementos relevantes para a análise.

O fato do pesquisador não pertencer a grupo, não configura um problema, pois a sua presença não constrange os conselheiros. Ele não precisa de autorização do grupo para iniciar a observação e suas anotações. Há um número expressivo de não conselheiros, sendo muitos desses estudantes², e o pesquisador acaba camuflado nesse meio. Essa situação acaba por limitar os efeitos do pesquisador no grupo pesquisado, como modificador isolado desse contexto.

2 – A presença estudantes nas reuniões do CMS-RJ possuem motivações diversas, desde interesse individual e acadêmico (como neste estudo), por parte do grupo de projeto de pesquisa da Faculdade de Serviço Social da UERJ e até mesmo turmas inteiras de cursos de graduação, acompanhados dos professores.

Percebe-se que o cenário da pesquisa é diferenciado quando comparado a outros estudos, o que acaba por refletir nas condições de observação, ao mesmo tempo em que não invalida essa técnica nesse contexto.

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

A presença como observadora nas reuniões foi determinante na elaboração no roteiro de entrevista, que por sua vez vieram complementar as informações obtidas através das atas e da própria observação.

2.1.2 Entrevista

A entrevista é uma das técnicas de coleta de dados mais utilizadas no âmbito das ciências sociais. Gil (1999) menciona que diversos são os profissionais de distintas áreas que tratam de problemas humanos e sociais valendo-se dessa técnica, não apenas para coleta de dados, mas também com objetivos voltados para diagnóstico e orientação. Ainda de acordo com este autor, a entrevista é:

uma forma de interação social. Mais especificamente, é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação. (GIL, 1999, p.117).

Com relação ao conteúdo, a entrevista apresenta objetivos distintos: averiguação dos fatos; determinação das opiniões sobre os fatos; determinação de sentimentos; descoberta de plano de ação; conduta atual ou do passado e motivos conscientes para opiniões, sentimentos, sistemas ou condutas. (MARCONI E LAKATOS, 1999).

Como forma privilegiada de interação social, uma entrevista está sujeita à mesma dinâmica das relações existentes na própria sociedade. Ao abordarmos um grupo marcado por conflitos, cada entrevista expressa de forma diferenciada a realidade, tanto no ato de realizá-la como nos dados que aí são produzidos. (MINAYO, 2010a).

A mesma autora (2010) realça, ainda, a relevância de se conjugar a entrevista com a observação participante, pois, além da fala que é seu material primordial, o pesquisador terá em suas mãos elementos de suas relações, práticas, cumplicidades, omissões e imponderáveis que pontuam o cotidiano.

Neste estudo utilizou-se entrevista do tipo semi-estruturada. De acordo com Minayo (2010a), as entrevistas semi-estruturadas são aquelas que combinam perguntas fechadas e abertas e por esse motivo conferem certo grau de liberdade para o entrevistado discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. “De um modo geral, pesquisas de cunho qualitativo exigem a realização de entrevistas, quase sempre longas e semi-estruturadas.” (DUARTE, 2002, p. 141).

As entrevistas foram norteadas por um roteiro elaborado previamente, com a intenção de abranger ao máximo o objetivo deste estudo. Este roteiro (APÊNDICE A) foi dividido em quatro blocos: identificação, controle social, comunicação e deliberação respectivamente. Essa organização arbitrária objetiva conferir uma lógica sequencial à entrevista, o que não quer dizer que os entrevistados seguissem rigorosamente este esquema. Os entrevistados tinham total liberdade para expor suas opiniões e suas “verdades”, quando se percebia que estava ocorrendo um afastamento da proposta tentava-se, sutilmente, redirecioná-los.

Elas foram realizadas no mês de junho, tiveram em média uma (1) hora de duração e ocorreram em espaços e horários disponibilizados pelos entrevistados, como: sede de conselho distrital, sede de entidades, sede de sindicatos, unidades de saúde, além da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ). Procurou-se realizar as entrevistas em locais neutros, fora das dependências do CMS-RJ, a fim de que não houvesse nenhuma espécie de constrangimento ou outra situação qualquer que restringisse a fala dos conselheiros ao abordar temas considerados mais polêmicos. Todas as entrevistas foram gravadas, mediante o aceite do entrevistado, e transcritas, respeitando a fala dos sujeitos na íntegra.

A amostragem configura-se como não probabilística por cotas. Segundo Gil (1999, p. 101 e 104) a amostragem não probabilística são aquelas que “não apresentam fundamentação matemática ou estatística, dependendo unicamente de critérios do pesquisador”. Já a especificação por cotas representa a “classificação da população em função de propriedades tidas como relevantes para o fenômeno a ser estudado”.

Entrevistou-se oito membros do CMS-RJ seguindo o princípio da paridade, fundamental nessas instâncias de participação. Foram selecionados: quatro do segmento dos usuários, dois do segmento dos profissionais de saúde e dois do

segmento dos gestores/ prestadores de serviço. Totalizando oito conselheiros entrevistados, o que representa 20% do total de conselheiros.

O processo de seleção dos sujeitos entrevistados atendeu aos seguintes critérios: a) ser membro do CMS-RJ e b) ter frequentado pelo menos a duas reuniões ordinárias consecutivas, no período da pesquisa de campo (entre o segundo semestre de 2010 e primeiro semestre de 2011).

Verificou-se através da lista de frequência dos conselheiros, que dos 40 membros apenas 27 estiveram presentes nas duas reuniões. Dos 27, apenas um (1) foi considerado estratégico devido à sua função no conselho como secretário executivo, já com os outros sete não houve um critério bem definido, devido ao tempo disponível para conclusão do estudo. Entre esses sete conselheiros houve uma variação na forma de abordagem: quatro foram convidados a participar da pesquisa pessoalmente durante uma reunião do colegiado e os outros três foram convidados por telefone, através de uma lista de contatos fornecida pelo CMS-RJ.

2.1.3 Análise documental

Os dados coletados na análise documental possibilitam o confronto com as informações obtidas durante as entrevistas e observação.

Neste estudo os registros institucionais constituem-se como principal fonte para análise documental, compostos por: atas; pautas; resoluções/deliberações do CMS-RJ e fichas cadastrais dos conselheiros.

As atas são elementos extremamente relevantes para concretude do objetivo ao qual esta pesquisa se propõe, elas são o registro (fiel ou não) do conteúdo das reuniões, atividades executadas, manifestações públicas dos indivíduos presentes, ocorrências e deliberações do CMS-RJ, além de informes gerais. Ao mesmo tempo em que complementam as informações da observação, permitem o confronto entre ambas.

As pautas constituem-se como roteiros que nortearão a reunião, nelas são elencados os temas que se visa apresentar, debater ou sobre o qual se busca deliberar e a ordem de apresentação desses. Nessa pesquisa elas também assumem a função de um guia.

As resoluções/deliberações são os comunicados formais do CMS-RJ, dispostos no *website* da SMS-RJ e publicados do Diário Oficial do Município do Rio

de Janeiro (DOM-RJ) São os produtos finais dos processos deliberativos em questão.

Já as informações das fichas cadastrais dos conselheiros foram obtidas no próprio CMS-RJ. Essa ficha é gerada pelo *ParticipaNetSus*, que é Sistema de Informações sobre os conselhos de saúde, coordenado e desenvolvido pela coordenado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da saúde (MS), em parceria com o Departamento de Informática do SUS (Datapus). Dessa ficha foram extraídas as seguintes informações: data de nascimento, sexo e escolaridade. Pretendia-se, também, obter informações sobre o número de mandatos de cada conselheiro, assim como o número de capacitações; no entanto, aparecia a mesma informação, nesses dois campos, para todos os conselheiros, ou seja, todos os conselheiros estavam no seu primeiro mandato e todos haviam participado de uma capacitação. Este fato despertou suspeitas quando a fidedignidade dessas informações disponibilizadas no *ParticipaNetSus*, até porque é notório que não houve 100% de renovação dos conselheiros no mandato atual, fazendo com que essas informações fossem desconsideradas para a análise.

Porém, há outros documentos, que sem os quais este estudo não se efetivaria, como: Regimento Interno; Lei Municipal 5104/2009; Lei Municipal 1746/1991; Resolução 333/2003 do CNS; Lei Federal 8080/1990 e Lei Federal 8142/1990. Os documentos referidos acima não constituem *corpus* de análise, contudo foram fundamentais na determinação o objeto empírico desta pesquisa, que é o CMS-RJ: organização, composição, normas de funcionamento, competências, antecedentes históricos, entre outros.

2.2 Recorte temporal

O período de observação, para efeito de análise, foi de quatro meses. Visto que, as reuniões ordinárias do CMS-RJ são mensais, ocorrem na 2ª terça-feira de cada mês, exceto para as reuniões em caráter excepcional, foram analisadas quatro reuniões do conselho. Desse modo, este estudo se concentrou apenas nas reuniões ordinárias.

A proposta inicial era de analisar seis reuniões, porém não foi possível devido ao atraso na elaboração das atas, que em muitas das vezes não atendiam a uma ordem cronológica. Como este ano ocorrerá as Conferências de Saúde (Distritais,

Municipais, Estaduais e Nacional), a Secretaria Executiva do CMS-RJ foi sobrecarregada com outras demandas, este fato desencadeou um atraso na preparação das atas.

Além disto, houve excessiva demora na obtenção de parecer favorável expedido pelo Comitê de ética em Pesquisa (CEP) da SMSDC-RJ, que incluiu dois momentos: agregar todos os documentos exigidos, submeter e aguardar o parecer; o último demorou mais de dois meses entre a submissão e a aprovação no respectivo CEP. Estes fatos fizeram com que o *corpus* da análise fosse reduzido.

2.3 Tratamento dos dados e análise

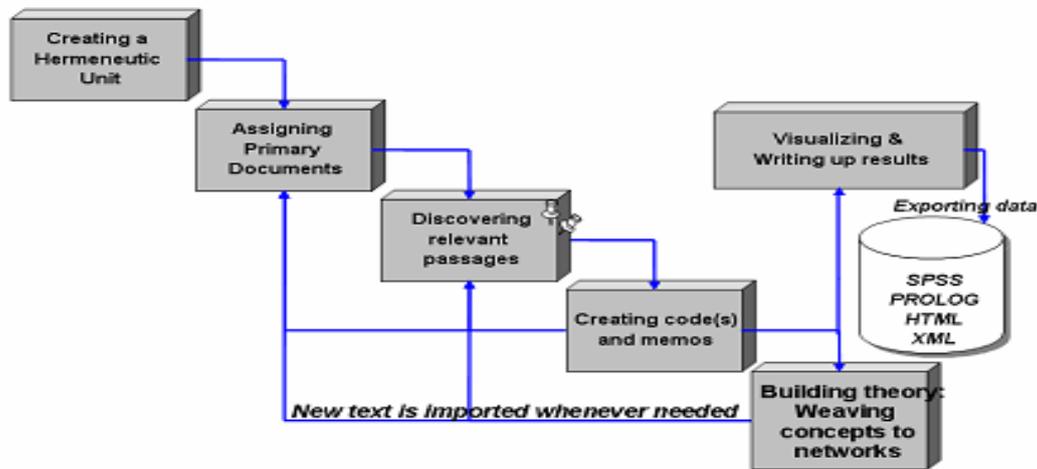
As etapas que compreendem a análise foram desenvolvidas com o apoio do *software* Atlas.ti 5.0, que consiste em uma ferramenta tecnológica para auxílio na análise de dados qualitativos.

Este *software* permite a organização e o tratamento dos dados por meio da codificação de trechos - *quotations* dos documentos primários – *PDs* (que além dos arquivos textuais permite também a utilização em outros formatos, como, gráficos, áudio e vídeo) e agrupamento destes trechos através dos códigos – *codes*, que são definidos previamente a partir do desenho do estudo e do aporte teórico. Os *codes* podem ainda ser agrupados em famílias – *families*. Durante a codificação há a possibilidade de o pesquisador incluir algum código que julgar pertinente assim como criar notas – *memos*, espaços destinados a observações de qualquer natureza. Após a codificação gera-se relatórios a partir dos trechos compilados no formato de *codes*, *families* ou *memos*. Na dimensão conceitual, há a estruturação gráfica de redes - *networks views*, que permitem expressar relações semânticas, preposicionais ou terminológicas entre *codes*, *quotations* e *memos*.

Desse modo, as etapas na utilização do Atlas.ti consistem em: criar uma unidade hermenêutica – HU³; determinar os documentos primários; determinar os códigos; descobrir passagens relevantes; criar novos códigos e Memos; construir redes conceituais; visualizar e redigir resultados.

3 – O HU ou unidade hermenêutica é uma espécie de “container” onde são armazenados todos os documentos, códigos, famílias, notas e redes conceituais da pesquisa em andamento (ATLAS.TI, 2004).

Figura 1 – Fluxo de trabalho no Atlas.ti.



Fonte: Atlas.ti 5.0. (2004, p. 25)

Os documentos inseridos no Atlas.ti foram as atas das quatro reuniões ordinárias ocorridas no período entre o 2º semestre de 2010 e 1º semestre de 2011. Não houve necessidade de introduzir as pautas, visto que as atas contemplavam os itens a serem debatidos em cada reunião, porém esses mesmos itens foram confrontados nos dois documentos (atas e pautas) a fim de verificar qualquer possibilidade de divergência. As entrevistas, como dito anteriormente, foram oito, totalizando 12 documentos, ou 12 PDs.

O referencial teórico e a revisão de literatura permitiram a determinação das categorias de análise e empíricas que originaram os códigos. Minayo (2010b) faz a seguinte distinção entre categorias de análise e empíricas: as *categorias analíticas* são aquelas que podem ser consideradas pilares para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais. As *categorias empíricas* são aquelas construídas com finalidade operacional, visando ao trabalho de campo, ou a partir do trabalho de campo. Elas têm a propriedade de conseguir apreender as determinações e as especificidades que se expressam na realidade empírica

Vinculados à **participação** situam-se: participação social; movimentos sociais e redes de mobilização; sujeitos sócio-políticos/ atores sociais; sujeitos sócio-políticos/ atores estatais; sujeitos sócio-políticos/ atores políticos; esfera pública; poder local; e cultura política. Na família **comunicação** estão: interação; conversação, discurso; discurso autorizado ou competente, expressão; atos públicos

de fala⁴ e dispositivos comunicacionais. Em **deliberação**: produtos deliberativos; processos deliberativos/ pauta; processos deliberativos/ deliberação colegiado; processos deliberativos/ homologação. Na família **poder**: capital social e relações sociais. E por último **conselho de saúde**: CMS-RJ; CDS; composição do conselho; atribuição do conselho e representação no conselho.

Estas categorias/códigos foram elaboradas antes de iniciar o processo de codificação das atas e entrevista no Atlas.ti, no entanto, esse material indicou a necessidade de criação de novos códigos ajustados à exploração do que estava sendo encontrado. Para isto foi criada uma nova família denominada como **temática** e que envolve os temas, agora códigos: municipalização do HEP II; organizações sociais de saúde – OSs e capacitação dos conselheiros de saúde. E também incorporados novos códigos às famílias já existentes como no caso de: ‘comissões e grupos de trabalho’ agregado à família **conselho de saúde**; ‘debate’ à **comunicação** e ‘informes’ à **deliberação**.

Cabe ressaltar que a fim de facilitar o processo de categorização foram elaborados comentários – *comments*, nos quais se incluíam referenciais teóricos sobre cada categoria.

A partir das informações possibilitadas por essa sistematização dos dados, foram elaborados quadros-síntese de todas 4 reuniões analisadas. Os resultados são apresentados ao longo do capítulo entremeado por falas extraídas das entrevistas de fundamentação teórica a fim de subsidiar a discussão.

2.4 Aspectos éticos

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 SMSDC-RJ e obteve aprovação sob o parecer n° 119A/2011, em 09 de maio de 2011.

4 – Por atos públicos de fala considera-se, para fins deste estudo a tomada da palavra pelas pessoas presentes na cena deliberativa considerando que todos os presentes (conselheiros ou não) possuem direito a voz, em determinadas circunstâncias.

A preocupação com os princípios éticos esteve presente durante todo o desenvolvimento do trabalho, procurando proteger os direitos dos indivíduos envolvidos. Com essa finalidade, foram apresentados de forma sucinta os propósitos da pesquisa e solicitado autorização para cada pessoa a ser entrevistada, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICE B), garantindo o anonimato e o direito de não participação em qualquer momento.

Ainda, para preservar o anonimato dos sujeitos, foi utilizado um sistema de numeração arbitrária (1, 2, 3, 4...) nos excertos do diário de campo e das entrevistas apresentados na discussão.

3 DEMOCRACIA, COMUNICAÇÃO E DELIBERAÇÃO

3.1 Democracia e participação

A democracia, enquanto regime político, pressupõe a participação. A perspectiva aqui adotada defende que a participação propicia à população possibilidades de se pronunciar e de ser incluída nos processos políticos decisórios.

Para compreender de que maneira funcionam os processos participatórios e de que maneira eles se relacionam com as práticas discursivas cotidianas dos conselhos de saúde será discutido o significado do termo democracia segundo algumas abordagens da ciência política que enfatiza as questões relacionadas com a participação e a deliberação. Em seguida, serão apresentados alguns conceitos e fatos referentes à participação em saúde no Brasil e sua relação com o controle social. Posteriormente, introduziremos os conselhos de saúde no centro deste debate.

Etimologicamente, o termo democracia provém do grego *demos* – povo – e *kratein* – governo. Ela tem sua origem na Grécia, no século V a.C, e era entendida como uma forma de governo fundamentada em três direitos essenciais: igualdade, liberdade e participação no poder, cujo exercício se dava por meio das assembléias de cidadãos, também conhecida como democracia direta. (KELSEN, 2000)

Trata-se de um termo multifacetado e com muitas definições distintas e que empiricamente se apresentam de formas distintas refletindo realidades diversas em conformidade com a vida política, social e cultural de cada país.

O debate teórico sobre a democracia produziu, ao longo dos últimos séculos, um importante acervo de teorias que procuravam e procuram definir modelos de democracia melhores e/ou mais viáveis, contrapondo-os tanto a outras concepções políticas, quanto a outros modelos democráticos concorrentes. Assim, gerou-se uma gama de denominações que distingue e contrapõe diferentes concepções de democracia, o que se expressa na pluralidade de adjetivações que acompanham este conceito: liberal, representativa, direta, deliberativa, participativa, etc. (SILVA, 2004). No entanto, cabe ressaltar que não existe democracia no singular, mas sim um conjunto diferenciado de concepções e mecanismos de governo. Para tanto, torna-se oportuno rever as principais concepções de democracia.

Para discorrer sobre as teorias da democracia fora tomado como base os cinco modelos apresentado por Marcos Nobre⁵:

O primeiro modelo, conhecido como “competitivo elitista” ou simplesmente “elitista”, possui uma pretensão realista, muito embora mantenha premissas normativas. A principal referência teórica desse modelo, de acordo com Nobre, é Joseph Schumpeter que retoma os pensamentos de Weber sobre o sufrágio universal. Democracia, aqui, é entendida como a luta entre políticos líderes rivais, pertencentes a partidos e disputando o direito de governar. A democracia passa a ser um arranjo institucional capaz de produzir decisões necessárias à reprodução social e econômica nas condições de uma sociedade pós-tradicional, em que não há um mesmo conjunto de valores últimos compartilhados por todos os membros do corpo político. Desse modo, no sistema democrático schumpeteriano, os únicos participantes integrais são os membros das elites políticas nos partidos e em cargos públicos.

O segundo modelo conhecido como “pluralista”, cuja principal referência, para Nobre, é Robert Dahl. A teoria pluralista apoia-se na ideia de democracia como um estímulo e como garantia da competição e participação entre grupos de interesses, tais como: organizações, sindicatos, partidos políticos, grupos étnicos, grupos religiosos, dentre outros. Parte do pressuposto que todo o problema está em desvendar a lógica de distribuição do poder na lógica democrática ocidental, razão pela qual o cerne da posição pluralista, está em sua concepção de poder definido como a capacidade de impor objetivos em face da oposição de outrem. Nesse sentido a democracia possibilita a proteção de minorias e dos direitos de participação. Pretende-se uma teoria com uma concepção de poder mais ampla do que o modelo elitista.

O terceiro modelo, que poderia ser chamado de “legal”, ficou conhecido como a “nova direita”, é assumidamente normativo e tem nas figuras de Friedrich Hayek e Robert Nozick as principais referências deste modelo. Trata-se de uma radical defesa das liberdades negativas, entendida como ausência de coerção, como valor supremo que deve se impor em qualquer eventual conflito de princípios políticos e

5 - Os cinco modelos de democracia e seus principais autores foram extraídos de Nobre (2004, p. 31 - 35).

jurídicos. Com isso trata-se também da defesa do Estado mínimo (que se restrinja a garantia das liberdades individuais).

O quarto modelo é o chamado “participativo” e suas principais referências são: Carole Pateman, Nikos Poulantzas e Crawford Macpherson. Trata-se de uma corrente teórica conhecida como “nova esquerda”, herdeira dos movimentos contestatórios da década de 1960 e se contrapõe com vigor ao modelo “legal” descrito anteriormente, na medida que toma como ponto de partida a intuição original de Karl Marx de que o mercado capitalista cristaliza desigualdades anteriormente produzidas, sendo a mais importante dentre elas aquela entre os detentores dos meios de produção e aqueles obrigados a vender sua força de trabalho. Assim, é importante não apenas superar as dificuldades materiais que impedem a efetiva realização das liberdades apenas prometidas pelo direito sob o capitalismo, mas também os déficits de formação política da opinião e da vontade que daí resultam, o que significa antes de mais nada ampliar a participação nos processos decisórios.

Por fim, o quinto modelo é nomeado “deliberativo” e possui entre seus principais teóricos: Jürgen Habermas, Bernard Manin, e Joshua Cohen. Apesar da grande influência da obra de Jürgen Habermas para a constituição dessa vertente teórica, o debate parece ter sido impulsionado por Bernard Manin ao distinguir os dois sentidos do termo deliberação - como “processo de discussão” e como “decisão” - e ao fazer o segundo sentido depender teórica e praticamente do primeiro.

A participação e a deliberação aparecem hoje no centro de um grande debate sobre a renovação da democracia. As duas concepções de democracia pautadas por estes termos se aproximam mais do que se distanciam.

Lüchmann (2007) expõe um ponto em comum entre a democracia deliberativa e a participativa: as críticas quanto ao modelo de democracia representativa. A democracia de vertente participativa levanta questões sobre o “caráter instrumental, individualista e competitivo da democracia representativa” (LUCHMANN, 2007, p. 142) enquanto que a vertente deliberativa faz acusações acerca das “fragilidades da democracia representativa e a redução da legitimidade do processo decisório ao resultado eleitoral” (LUCHMANN, 2007, p. 143).

Por serem termos bastante difundidos e próximos entre si, faz-se necessário, para o entendimento do processo democrático contemporâneo, a exata distinção entre eles.

A democracia participativa surge como uma das alternativas à democracia hegemônica liberal, incentivada pelos países desenvolvidos. Deste modo, toda democracia participativa surge de uma tentativa de mudança da relação entre sociedade e governo, assim como é marcada por um aumento de novos atores e de novos temas na cena política, numa mudança das práticas políticas até então existentes, independentemente das sociedades analisadas (SANTOS E AVRITZER, 2003).

Já a ideia de democracia deliberativa funda-se, essencialmente, numa noção de legitimidade das decisões políticas que demanda a inclusão de todos os indivíduos, possivelmente afetados, no processo público de sua formulação. Desse modo, os teóricos deliberativos, citados anteriormente, sustentam que o exercício da cidadania estende-se para além da mera participação, exigindo, portanto, o engajamento num processo contínuo de discussão e crítica reflexiva das normas e valores que orientam a coletividade.

Leonardo Avritzer (2000) problematiza duas abordagens distintas para o processo deliberativo: os conceitos “decisionístico” e o “argumentativo”. O conceito “decisionístico” contempla posição defendida por Rousseau que possui na decisão o elemento central do processo deliberativo. Já o modelo “argumentativo” se baseia na tradição habermasiana em que há um rompimento com a tradição decisionística e investe-se na deliberação democrática. Com Habermas, o modelo de democracia deliberativa consegue resgatar o elemento argumentativo, a partir da constituição de um espaço ou esfera pública, como veremos mais adiante.

Em síntese, a democracia no Brasil pode ser compreendida como um conjunto de mecanismos democráticos, mesclados entre as perspectivas da participação, deliberação e representação, divergindo apenas na forma e no peso que cada dimensão apresentará conforme o contexto local analisado.

Cabe ressaltar, que a democracia, em nosso país, passa de aspiração do século XIX para se tornar no século XX uma ideia com ampla anuência (SANTOS E AVRITZER, 2003). Em rápida cronologia brasileira, deve-se lembrar a substituição do Poder Imperial, em 1889, por governos provisórios; a promulgação, em 1891, da Constituição dos Estados Unidos do Brasil, que instaurou a República Federativa; a

ditadura Vargas (1930-1945) e sua estratégia corporativa de denominação; a breve vigência da democracia pluralista (1946-1964); o regime militar (1964-1985); e a partir de então, o retorno á democracia após 20 anos de ditadura. (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

Desse modo, pode-se observar que a democracia brasileira atual é muito jovem: possui pouco mais de vinte anos, todavia, para que seja consolidada precisa estar amparada por um conjunto de valores democráticos, construídos e exercidos mediante as práticas cotidianas dos atores na sociedade.

A relação entre democracia e participação fundamenta-se no reconhecimento de que o aprofundamento da democracia requer um conjunto de mecanismos participativos que ampliem as chances de vocalização e expressão de um número cada vez maior de pessoas, capacitando-os a partilharem com autonomia o exercício do poder político. (FARIA, 2010)

Todas as sociedades criam e recriam formas de participação para enfrentar as diversas formas de movimentações políticas exigidas para sua reprodução ou subsistência no tempo e no espaço, sendo a ideia de controle social uma das suas variáveis participatórias e que envolvem o cidadão, a sociedade civil organizada, o Estado e diferentes instituições públicas e privadas.

3.2 Comunicação e esfera pública

A exploração do conceito de “esfera pública” e sua relação com a dimensão comunicativa constitui-se como o ponto de partida para este capítulo, que visa introduzir também outros conceitos essenciais que irão subsidiar a discussão da comunicação praticada nos processos deliberativos do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

O termo “esfera pública” é utilizado por vários estudiosos de diversas disciplinas como filosofia, ciências políticas, direito e comunicação. Contudo, entende-se que Jürgen Habermas e Hannah Arendt são referências fundamentais para aproximação com o tema. A noção de esfera pública em Arendt e Habermas se faz via as concepções de ação (*práxis*) e ação comunicativa, respectivamente. Ambos os autores indicam uma sobreposição de uma racionalidade técnica de adequação de meios e fins a uma razão comunicativa, esta fundante de uma esfera pública.

Em *A Condição Humana*, Hannah Arendt (2007) tematiza os três conceitos fundamentais que constituem a gênese da sua antropologia filosófica: trabalho, produção e ação. Arendt enquadra o trabalho e a produção no domínio da esfera privada, enquanto a ação está exclusivamente no plano da esfera pública (política). O privado é o reino da necessidade. O público é o reino da liberdade. Nesse sentido, a ação traduz-se como uma atividade comunicacional mediada pela linguagem e pela pluralidade de opiniões no confronto político e efetivada através da retórica⁶.

Segundo Arendt, a origem dos termos esfera privada e da esfera pública se dão na Grécia Antiga. É lá que se inicia esse processo, a partir do surgimento da *polis*⁷. Na *polis*, a vida social e as relações entre os homens adquire uma forma nova e a palavra se torna um instrumento político por excelência.

O ser político, o viver numa polis, significava que tudo era decidido mediante palavras e persuasão, e não através de força ou violência. (ARENDR, 2007, p. 35)

No entanto, ainda de acordo com a autora, a esfera pública como lugar da práxis política, do debate e discussão, é na sociedade moderna, invadida por preocupações e ações que dizem respeito exclusivamente à esfera privada.

A passagem da sociedade - a ascensão da administração caseira, de suas atividades, seus problemas e recursos organizacionais - do sombrio interior do lar para a luz da esfera pública não apenas diluiu a antiga divisão entre privado e político, mas também alterou o significado dos dois termos e a sua importância para a vida do indivíduo e cidadão, ao ponto de torna-los quase irreconhecíveis. (ARENDR, 2007, P. 47)

6 – Entendida como técnica persuasiva ou argumentativa que ocorre em uma situação em que os interlocutores se reconheçam como passíveis de serem convencidos de alguma coisa.

7 – Palavra de origem grega, concebida com espaço de ação política, através da pluralidade de opiniões assim como de afirmação política, através da liberdade e igualdade entre cidadãos. (ARENDR, 2007, p. 21-22).

Essa percepção diz respeito ao que considera como “promoção do social”⁸ que causa para a autora a diluição dos limites anteriormente bem delimitados entre as duas esferas, e que aos poucos faz com que os cidadãos tenham dificuldade em reconhecê-las.

Diferente de Arendt, embora nela inspirado, Habermas centra sua análise na esfera pública burguesa. Em *Mudança estrutural da Esfera Pública*, tradicional obra em que Habermas (1984) lança sua visão sobre este conceito, a esfera pública é vinculada ao surgimento e ascensão da burguesia. Na sua origem, trata-se de um espaço independente do Estado, que tem como objetivo principal discutir racionalmente as questões de interesse privado (da burguesia), mas que, pela relevância destes, acabam se transformando em questões de interesse público. No entendimento de Habermas, uma vontade individual ou de grupos não pode ser imposta. Vontades individuais precisam ser transformadas em uma vontade geral, que por sua vez deve ser construída racionalmente.

O modelo da esfera pública burguesa contava com a separação rígida entre setor público e setor privado; a esfera pública das pessoas privadas reunidas num público, que fazia a mediação entre o Estado e as necessidades da sociedade, era computado ela mesma no setor privado. A medida que o setor público se imbrica com o setor privado, este modelo se torna inútil. Ou seja, surge uma esfera social repolitizada, que não pode ser subsumida, nem sociológica nem juridicamente, sob as categorias do público ou do privado. Neste setor intermediário se interpenetram os setores estatizados da sociedade e os setores socializados do Estado sem a intermediação das pessoas privadas que pensam politicamente. (HABERMAS, 1984, p. 208).

A proposta de Habermas, de uma esfera pública, onde as questões possam ser discutidas racionalmente, em condições de igualdade, não deixa de ser utópica. John Thompson destaca algumas considerações que devem ser realizadas ao conceito de esfera pública burguesa de Habermas. Para Thompson (1998, p.70), entre as principais lacunas na argumentação de Habermas estão: o esquecimento de outras formas de discurso e atividades públicas que, além das burguesas (como

8 - Arendt relaciona a “promoção do social” com a ascensão da sociedade e o declínio da família. Na sua visão a sociedade espera de cada um de seus membros, certo tipo de comportamento, impondo inúmeras regras que tendem a normalizar estes, abolindo assim a ação espontânea. (ARENDR, 2007, p. 50).

movimentos sociais e políticos plebeus), existiram durante o período ao qual Habermas se refere – séculos XVII a XIX; e o fato de que “embora a esfera pública burguesa se baseasse no princípio de acesso universal, na prática ela estava restrita a indivíduos que tinham tido educação e meios financeiros para participar dela”.

Mais a frente, Habermas introduz mudanças significativas no curso de suas investigações sobre a esfera pública, em *Direito e Democracia* o autor relaciona a noção de esfera pública à sua teoria da “ação comunicativa”.

A esfera pública não pode ser entendida como uma instituição, nem como uma organização, pois ela não constitui uma estrutura normativa capaz de diferenciar entre competências e papéis (...). A esfera pública pode ser descrita como uma rede adequada para a comunicação de conteúdos, tomadas de posição e *opiniões*; nela os fluxos comunicacionais são filtrados e sintetizados, a ponto de se condensarem em opiniões *públicas* enfeixadas em temas específicos. Do mesmo modo que o mundo da vida tomado globalmente, a esfera pública se reproduz através do agir comunicativo (...). (HABERMAS, 1997, p. 92; grifos no original).

Já Maria da Glória Gohn, ao discutir a ideia de esfera pública, aponta uma distinção entre os termos esfera pública e espaço público, uma vez que em sua concepção são conceitos próximos, mas utilizados de forma indiscriminada.

Para ela, espaço público é apresentado como um conceito mais abrangente. Situa-se para o usufruto da sociedade civil como, um espaço de encontro de cidadãos, seres humanos plurais, refletindo e agindo no mundo da vida, exercitando a condição humana. Fóruns de entidades, redes de movimentos sociais, plataformas de propostas e projetos de setores organizados da sociedade civil para fins de debates, demandas e proposições de coletivos desta mesma sociedade civil são considerados espaços públicos. (GOHN, 2004a)

Quando o espaço público é utilizado para estabelecer uma arena de interlocução com organismos estatais institucionalizados, sobre problemas públicos de forma direta ou indireta – internet por exemplo – adentra a esfera pública (GOHN, 2004a).

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, grifo nosso).

A esfera pública é o local de publicização e, portanto parte integrante do processo de democratização, por meio do fortalecimento da sociedade civil e da sociedade política. Trata-se de uma esfera que comporta a interação entre os grupos organizados da sociedade, originários das mais diversas entidades, organizações, associações, movimentos sociais etc. A institucionalidade associado aos outros fatores descritos permite inscrever os conselhos de saúde no âmbito da esfera pública.

Gohn ratifica a dimensão comunicacional deste conceito. Para a 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).

Neste estudo será utilizado o conceito de esfera pública tal como defendido por Gohn. Ao considerar que a esfera pública constitui um espaço que coloca a comunicação no centro do debate político e público ela torna possível os debates públicos e a formação de consensos entre diferentes atores sociais e políticos. Neste aspecto, os conselhos de saúde podem ser localizados neste contexto teórico defendido por Gohn, pois trata de um domínio da esfera pública em que se demanda o debate e a interlocução entre seus membros que são instados, de forma contínua a deliberar sobre questões de interesse público no campo da saúde sob sua jurisdição.

3.2.1 Deliberação

Em virtude do que foi apresentado, considera-se que a esfera pública é o local se inserem os processos de deliberação pública e coletiva, por meio de instâncias participativas como os conselhos de saúde.

A deliberação como procedimento democrático se fundamenta de acordo com Habermas (1997) pelo estabelecimento da discussão pública enquanto mecanismo

de produção e legitimação das decisões políticas. E dessa forma, como uma atividade coletiva e essencialmente argumentativa, pode ser traduzida em dois movimentos: de construção e de desconstrução dos argumentos colocados em discussão. O engajamento dos envolvidos nesse processo de explicitação pública de razões e premissas em busca de um entendimento comum acerca de questões de interesse coletivo constitui a principal característica do processo deliberativo.

Ao se apropriar das ideias de Cohen, Habermas (1997, p. 29) está a indicar que:

- 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/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 a 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 ser ouvido, de apresentar temas, de dar contribuições, de fazer propostas e de criticar.

Ainda que a deliberação seja apresentada como uma dinâmica colaborativa isso não significa que a esfera de discussão não seja uma arena de disputa de entendimentos, competição de argumentos e posições diversas.

No caso dos conselhos de saúde há, ainda, um adendo: as atuações dos seus membros são movidas por interesses conflitantes que envolvem três níveis: interesses individuais dos conselheiros, da entidade e do segmento que representa, visto que nem sempre eles estão afinados apontando para uma mesma direção. Nesse sentido, uma das maiores dificuldades encontradas pelos estudiosos

vinculados à noção de deliberação pública é, justamente, operacionalizar a existência de ambientes que possibilitem troca de razões entre indivíduos, grupos e instituições com perspectivas divergentes que os conduzem ao estabelecimento de deliberações a favor do interesse coletivo.

Não se trata de um processo simples, relativo apenas ao cumprimento de um dever legal, que se constitui pela prerrogativa de *deliberar*, citada na Lei 8142/90. Envolve dificuldades de três ordens (GOHN, 2004a):

- a) Para a sociedade civil: passar de ator social para ator político;
- b) Para a sociedade política estatal: aprender a conviver com novos processos onde há parceiros, onde os administradores não são os únicos a decidirem;
- c) O exercício em si destas novas práticas: desafio de construir espaços de interlocução entre sujeitos sociais muito diferenciados, representando atores sociais, políticos e culturais distintos e de origem heterogênea.

A partir desses apontamentos, principalmente do item “C”, é possível conceber essas instâncias como espaços de confrontos de interesses, de opiniões de visões de mundo, marcados por embates, formação de consensos (através do convencimento pelo viés argumentativo ou não) e pactuações entre projetos entre projetos sociopolíticos diferenciados (articulações políticas) e negociações que envolvem, portanto, variadas práticas políticas e comunicacionais.

Os conselhos de saúde demandam diferentes formas de interação interna entre os atores sociais ou instituições que dele participam. Este fato justifica a relevância da interação comunicacional para esta pesquisa, sobretudo ao que se refere à conversação e aos discursos que ali circulam, tendo em vista o cumprimento de sua função deliberativa.

3.3 Interação

Por interação social entende-se por o processo através do qual as pessoas se relacionam umas com as outras, num determinado contexto social. Apesar de assumir que o conceito de interação é muito mais amplo e aplicável a várias disciplinas, o presente estudo se limitará a sua perspectiva comunicacional.

John Thompson apresenta três tipos de interação: a interação face a face, a interação mediada e a interação quase mediada. A interação face a face acontece quando os participantes estão imediatamente presentes e compartilham um mesmo sistema referencial de espaço e de tempo. Já a interação mediada possibilita que informação e conteúdo simbólico se estendam no espaço e no tempo, permitindo que uma mesma mensagem seja transmitida tanto em espaço como em tempo diferente: conversas ao telefone, cartas ou e-mails são exemplos deste tipo de interação. E por fim a quase-interação mediada, que corresponde aos meios de comunicação de massa (livros, jornais, rádio e televisão) na extensa disponibilidade de informação e conteúdo simbólico no espaço e no tempo. (THOMPSON, 1998)

Os processos deliberativos que se estabelecem nos conselhos representam uma convergência de vários fatores que incluem várias formas de interação, inclusive a mediada e a quase mediada. Neste estudo será enfatizada prioritariamente, a interação face a face estabelecida entre seus membros.

De acordo com o autor, a interação face a face acontece sempre em um contexto de co-presença, os indivíduos compartilham do mesmo tempo e espaço, além de possuírem caráter dialógico, no sentido de que implicam ida e volta no fluxo de informação e comunicação. Outra característica deste tipo de interação é que os participantes são constantemente e rotineiramente instados a comparar as várias deixas simbólicas (como gestos e piscadelas) e usá-las para reduzir a ambigüidade e clarificar a compreensão da mensagem.

Para que haja troca comunicativa, não basta que dois falantes (ou mais) falem alternadamente; é ainda preciso que eles se falem, ou seja, que estejam, ambos, “engajados” na troca e que dêem sinais desse engajamento mútuo, recorrendo a diversos procedimentos de validação interlocutória. Os cumprimentos, apresentações e outros rituais “confirmativos” desempenham, nesse sentido, um papel evidente. (KERBRAT-ORECCHIONI, 2006).

Desse modo, os movimentos do corpo desempenham um papel em nosso relacionamento social. Está a se falar, portanto, de uma comunicação não verbal. A comunicação não verbal é constituída por elementos como: os movimentos faciais e corporais, os gestos, os olhares e a entoação da voz. Esses elementos podem indicar uma reação involuntária ou um ato comunicativo propositado, que independente de se constituírem como voluntário ou não transmitem um significado, que por sua vez, podem ir de encontro ou estar de acordo com a linguagem falada.

3.3.1 Conversação

Dentro da perspectiva da interação face a face, uma de suas mais expressivas formas é a da conversação. Marcuschi (2003, p. 5) aponta os motivos de seu interesse pelo estudo da conversação:

Em primeiro lugar, ela é a prática social mais comum no dia-a-dia do ser humano; em segundo, desenvolve o espaço privilegiado para a construção de identidades sociais no contexto real, sendo uma das formas mais eficientes de controle social imediato; por fim, exige uma enorme coordenação de ações que exorbitam em muito a simples habilidade linguística dos falantes.

Sendo a conversação uma forma de interação, destacamos que o estudo das interações comunicativas, sobretudo esta em específico, nas áreas de ciências políticas e comunicação social têm demonstrado o desenvolvimento de capacidades e habilidades relacionadas com a participação social na esfera pública.

Segundo Heloísa Matos (MATOS, 2009), a conversação apresenta na literatura uma distinção terminológica, embora frequentemente os termos sejam utilizados como sinônimos. São estes:

- a) Conversação cotidiana – abrange uma multiplicidade de temas que se sobrepõem sem articulação aparente;
- b) Conversação política cotidiana – centrada em questões do universo político que atingem os indivíduos e grupos em suas experiências particulares, mas configura-se ainda como informal.
- c) Conversação política – associada a deliberações que se desenvolvem em espaços formais e mesmo institucionais de discussão e debate.

Sob o enfoque da comunicação política, a autora destaca a função da conversação:

[...] de abrir caminho para a emergência de opiniões conflitantes (anteriormente latentes) e na capacidade dos interlocutores para partir de temas fluidos e dispersos e avançar rumo a um diálogo mais focado em assuntos ou problemas de interesse coletivo [...]. (Matos 2009, p. 71),

Neste aspecto, as ideias de conversação são inerentes a concretização das ideias de esfera pública como formas de comunicação decorrentes do jogo democrático. A conversação reconhecida como relevante dimensão na constituição da democracia, será, portanto, utilizado neste estudo em seu sentido político, como importante variável nos processos deliberativos dos conselhos de saúde. Isso porque as conversações ou trocas comunicativas na esfera pública pressupõem reflexão crítica e capacidade dos cidadãos para defender seus próprios posicionamentos, entender os posicionamentos alheios e, diante de questões controversas, deliberar.

É dessa forma que entendemos a conversação na dinâmica da esfera pública em que as pessoas produzem sentidos acerca de diferentes discursos que lhes dizem respeito ou às questões de interesse público.

3.4 Processo comunicacional e prática discursiva

O campo da comunicação é marcado e atravessado por uma pluralidade de abordagens, autores e pressupostos teóricos distintos e mesmo, em alguns casos, antagônicos e inconciliáveis no que diz respeito à nomeação legítima do que é a comunicação humana e dos pressupostos teóricos de sua compreensão e explicação. Muitos são os modelos comunicacionais que, ao longo dos tempos, se debruçaram na melhor maneira de descrever os processos em que a comunicação se efetiva, de acordo com o aporte teórico correspondente.

Nesta discussão é significativa a contribuição de Bakhtin (2006) ao repensar o processo comunicacional, através da linguística, tendo como ponto de partida alguns dos seus pressupostos, como valorização da fala e da enunciação (condição de produção) além da afirmação do aspecto social da linguagem, vista não mais como processo individual.

A palavra penetra literalmente em todas as relações entre os indivíduos, nas relações de colaboração, nas de base ideológica, nos fortuitos da vida cotidiana, nas relações de caráter político, etc. As palavras são tecidas a partir de uma multidão de fio ideológicos e servem de trama a todas as relações sociais em todos os domínios. É, portanto, claro que a palavra será sempre o indicador mais sensível de todas as transformações sociais, mesmo daquelas que apenas despontam e ainda não tomaram forma, que ainda não abriram caminho para sistemas ideológicos estruturados e bem formados. (...) A palavra é capaz de registrar as fases transitórias mais íntimas, mais efêmeras das mudanças sociais. (BAKHTIN, 2006, p. 40).

O autor não percebe a língua como um sistema de normas fixas e imutáveis, como um “objeto” ideal, centrado unicamente em sua forma individual, completamente externo à consciência individual dos falantes, se contrapondo ao pensamento de Saussure. Bakhtin (2006), ao contrário, vê a língua (sistema) em permanente evolução, sofrendo modificações profundas oriundas do coletivo, deixando de ser percebida como manifestação unicamente individual e imanente, para transformar-se em um evento de natureza social. E acrescenta ainda que:

Sabemos que cada palavra se apresenta como uma arena em miniatura onde se entrecruzam e lutam os valores sociais de orientação contraditória. A palavra revela-se, no momento de sua expressão, como produto da interação viva das forças sociais. (BAKHTIN, 2006, p. 66).

Entendemos que a filosofia de Bakhtin, descrita de forma sintética anteriormente, concorre com a de noção de *interação*, quando “associada à possibilidade de ajuste harmônico e duradouro entre emissor e receptor e de controle exercido pelo emissor sobre seu discurso”, como aponta ARAÚJO (2000, p. 123). Faz-se necessário destacar que *interação* tal como foi abordado no tópico anterior, constitui-se um elemento relevante para este estudo, pois deste termo deriva o conceito de conversação. Não atribuímos àquele termo esse sentido de harmonia permanente entre os envolvidos no ato comunicativo. Pelo contrário, percebemos que a interação entre conselheiros é extremamente conflituosa, um embate de forças como reflexo da pluralidade desse espaço, dos interesses envolvidos e da posição de cada ator ocupa nesse cenário.

Isso posto, introduz-se aqui Pierre Bourdieu. Para este autor, o processo de comunicação é compreendido como uma disputa simbólica pelas nomeações legítimas. Desse ponto de vista, a sua compreensão da comunicação pode ser considerada como contrária a de Habermas. Enquanto para o filósofo alemão a comunicação é considerada sinônimo da busca de entendimento, para Bourdieu ela é sinônimo de disputa.

As relações de comunicação são, para Bourdieu, relações de poder determinadas pelo poder material ou simbólico acumulado pelos agentes envolvidos nas relações. Nessa abordagem que associa a comunicação a um processo de

disputa, a fala dos agentes sociais deve ser compreendida não como operação intelectual de *codificação-decodificação*. Ao contrário, ela assume que os *sistemas simbólicos* atuam como instrumentos estruturados e estruturantes de comunicação e conhecimento e asseguram a dominação de uma classe sobre outra a partir de instrumentos de imposição da legitimação, “domesticando” os dominados.

O campo de produção simbólica é um microcosmos da luta simbólica entre as classes: é ao servirem os seus interesses na luta interna do campo de produção (e só nesta medida) que os produtores servem aos interesses dos grupos exteriores do campo de produção. (BOURDIEU, 1989, p. 12).

A partir das premissa apresentadas, abordaremos o conceito de *mercado simbólico*, desenvolvido por Araújo (2002, p.30) que muito poderá contribuir para nos ajudar a entender os processos de comunicação no interior dos Conselhos de Saúde. O conceito de mercado simbólico baseia-se na premissa comunicacional de Eliseo Verón que envolve a produção, circulação e consumo de sentidos e na teoria do poder simbólico de Bourdieu. “Nesse mercado, os discursos são produzidos, circulam e são consumidos, agregando valor e se transformando continuamente, mediante a ação dos sujeitos e os diversos contextos em que operam.” Desse modo, os atores (ou instituições) “negociam sentidos através de seus discursos, na tentativa de tornar dominante seu modo de perceber e classificar a realidade”.

A partir do enfoque dado a este conceito, a autora propõe o modelo de mercado simbólico que apresenta os seguintes princípios:

consolida a perspectiva teórica da produção social dos sentidos; reafirma a ideia da comunicação em rede, multipolar, multidirecional; opera com a ideia da comunicação como o processo negociado de produção/circulação/apropriação dos bens simbólicos; considera que essa rede é operada por interlocutores, sempre contextualizados; situa esses interlocutores numa posição de poder mais central ou mais periférica, o seu lugar de interlocução”. (ARAÚJO, 2006, p.1-2).

O modelo de mercado simbólico dispõe de elementos fundamentais para o estudo da comunicação praticada no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, elementos esses que serão descritos a seguir.

Polifonia, como uma categoria discursiva introduzida por Bakhtin, que representa a multiplicidade de vozes contida em cada fala, cada enunciação. Na maior parte das vezes, o locutor não possui controle ou mesmo consciência sobre

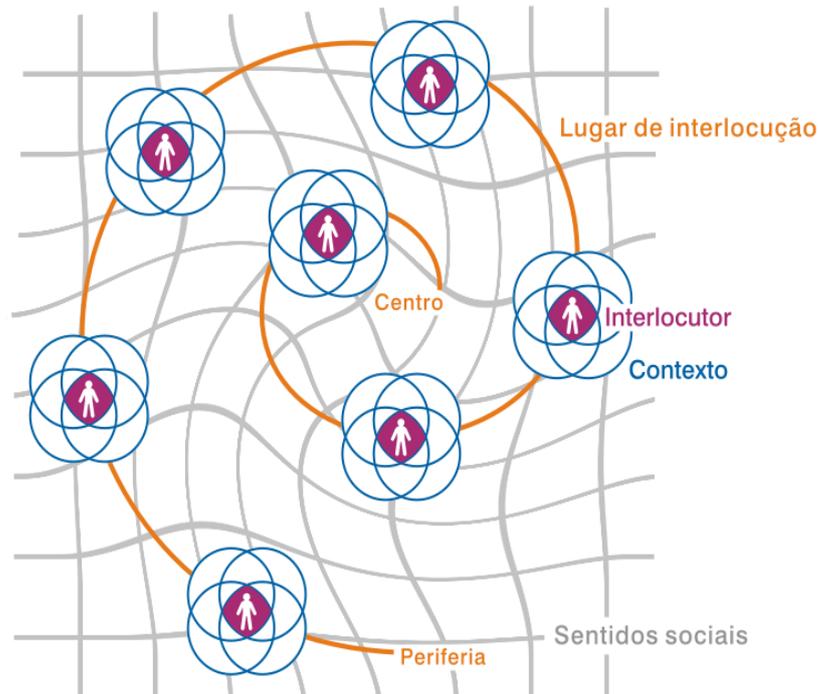
elas (ARAÚJO, 2000). A noção de polifonia permite a observar as vozes presentes em um dado discurso de um contexto específico e verificar essa articulação produz sentido. Os *sentidos sociais* formam uma rede semiótica, dinamizada pela interdiscursividade, nesse sentido, entende-se que o processo de produção – circulação – consumo, que caracteriza o mercado simbólico, representado no modelo por uma malha de fios ondulante, busca caracterizar a contínua transformação dos sentidos, em seu processo de circulação (ARAÚJO, 2006).

A noção de *interlocutor*, para a mesma autora (2006), se opõe às noções de “emissor e receptor”, instaurando a ideia de que cada pessoa participa por inteiro do circuito produtivo que caracteriza a prática comunicativa. São as pessoas e comunidades discursivas que operam o processo de negociação e que mediam a produção, circulação e consumo dos sentidos sociais. No entanto o que difere é a *posição discursiva* de cada interlocutor. *Centro* e *periferia* são termos que determinam a posição de cada indivíduo ou comunidade discursiva com relação ao poder que exerce. Cabe ressaltar que as duas posições possuem um aspecto dinâmico relacional e negociável. “Ninguém pertence só aos núcleos centrais ou só aos periféricos” (ARAÚJO, 2000, p. 148). Dessa forma, a autora buscou representá-las por uma espiral, que traz a ideia de movimento, fundamental para compreender a proposta.

Ainda de acordo com Araújo (2006), o *lugar de interlocução* surge quando a ideia de uma espiral é superposta à rede dos sentidos, espaço ocupado e operado pelos interlocutores; temos aí caracterizada a posição que cada indivíduo ou comunidade discursiva ocupa no mercado simbólico, que lhe confere poder de barganha.

Apresenta-se, a seguir, a representação gráfica do mercado simbólico, de Araújo, como modelo comunicacional que mais se aproxima do nosso objeto de estudo.

Figura 2 – Mapa do mercado simbólico



Fonte: Araújo (2006, p. 2)

A partir do modelo de mercado simbólico agregamos mais alguns elementos teóricos que possam nos ajudar a tornar mais clara a complexidade do processo comunicacional dos conselhos de saúde. Assim, optamos aqui por incluir a noção de discurso que, de certa maneira, é o que fundamentará a ideia de comunicação e conversação nesta instância pública de deliberação.

Segundo Norman Fairclough, avaliar práticas discursivas significa “examinar em profundidade não apenas o papel da linguagem na reprodução das práticas sociais e das ideologias, mas também seu papel fundamental na transformação social” (2001, p. 11). Ele considera o discurso, por um lado, moldado pela estrutura social e, por outro, constitutivo da estrutura social. Afirma ainda que qualquer exemplo de discurso é considerado como simultaneamente um texto, um exemplo de prática discursiva e um exemplo de prática social. Especifica do seguinte modo:

A dimensão do ‘texto’ cuida da análise linguística de textos. A dimensão da ‘prática discursiva’, [...] especifica a natureza dos processos de produção e

interpretação textual – por exemplo, que tipo de discurso são derivados e como se combinam. A dimensão ‘prática social’ cuida de questões de interesse na análise social, tais como as circunstâncias institucionais e organizacionais do evento discursivo e como elas moldam a natureza da prática discursiva e os efeitos constitutivos/construtivos referidos anteriormente. (Fairclough, 2001, p. 22).

Práticas discursivas para o mesmo autor (2001) refere-se a exemplos reais das pessoas que fazem, dizem ou escrevem coisas e contribuem para reproduzir a sociedade (identidades sociais, relações sociais, sistemas de conhecimento e crença). O conceito de práticas discursivas envolve também o conceito de *comunidades discursivas* que, segundo Araújo (2006, p. 3), devem ser entendidas como sendo “grupos de pessoas, organizados ou não de forma institucional, que produzem e fazem circular discursos, que neles se reconhecem e são por eles reconhecidos”.

Mas o modelo de mercado simbólico envolve também os contextos nos quais se situam e podem ser analisadas as práticas discursivas. Araújo define os seguintes contextos para esta análise: a) *contexto textual ou cotexto e intertextual* – o textual refere-se ao aspecto dialógico em enunciados de um mesmo texto ou em textos de um mesmo discurso; já o intertextual refere-se também ao aspecto dialógico só que em diferentes formações discursiva. B) *Contexto existencial* – referente à posição dos interlocutores, como posição no mundo, situados no tempo e espaço e suas relações com o referente. C) *Contexto situacional* – ou seja, posição social e institucional dos interlocutores, o lugar social do qual e no qual eles participam no ato comunicativo e D) *Contexto da ação discursiva* – a noção de atos de fala (ou discurso) como ação supõe interlocutores e um conjunto de regras. (ARAÚJO, 2000, p. 141).

Embora não tenha sido a nossa pretensão realizar uma descrição exaustiva dos modelo comunicacional exposto ou dos seus elementos constituintes, o que foi apresentado nos permitiu conceber melhor a comunicação dentro de uma perspectiva dialógica, que

deve ser entendida e direcionada para criar condições de participação nas quais os participantes de um determinado processo comunicacional se transformem em sujeitos de argumentação e de opinião, para buscar esclarecimentos e propor ações e processos de sociabilidade baseados em princípios de cooperação e de compartilhamento de sentidos, ao contrário

dos processos comunicacionais voltados para o exercício do poder de dominação, de manipulação e de coerção. (OLIVEIRA, 2004, p.61)

O mesmo autor afirma ainda que os conselhos de saúde, enquanto espaço de participação e deliberação,

não existem ou funcionam fora de práticas discursivas constituídas por diferentes modos de produção, circulação e recepção de bens simbólicos que implicam no estabelecimento de redes internas e externas de comunicação e de informação. (2004, 65).

Ao pensarmos na aplicabilidade dos modelos comunicacionais e suas correlações na análise da comunicação em um conselho de saúde, observamos que o modelo de mercado simbólico adequa-se melhor aos propósitos de nosso estudo, pois ele alia a perspectiva do poder, do conflito, do entendimento e da alteridade que caracterizam todo e qualquer processo comunicacional.

Pensar em um conselho de saúde como um espaço de embates, conflitos de interesses, de questionamento das normas, do atropelo aos rituais de atos e falas, das negociações dos sentidos e das articulações nos permite relacionar com a ideia do poder e de diferentes capitais sociais e simbólicos por parte dos atores que atuam nesta arena da esfera pública. Nesse sentido será abordado a seguir a questão do poder que se insere nessas instâncias deliberativas e sua relação com o capital social.

3.4 Capital social e poder

O capital social é um conceito utilizado em pesquisas de variados campos disciplinares, como sociologia, economia institucional, ciência política e áreas relacionadas à saúde, educação entre outros (MATOS, 2009). Mas embora esse termo abranja um campo vasto e diversificado o seu estudo se apoia em um ponto em comum que é a ideia de que as relações sociais constituem um patrimônio invisível a serviço dos sujeitos sociais, sejam estes individuais ou coletivos.

Lin (2005) apresenta o termo “capital” como conceito e processo. Conceito porque representa o investimento em determinados tipos de recursos de valor de uma sociedade e processo porque descreve o método pelo qual o capital é capturado e reproduzido para os retornos que podem ser de ordens diversas a depender do qualificador deste capital: *econômico, humano, cultural, simbólico ou social*.

Desse modo, o qualificador “social” atribui à noção de “capital” certas propriedades inerentes às relações entre os agentes (mas também entre as instituições) e que foi enunciada da seguinte forma por Bourdieu (1998, p. 67) :

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.

Em relação ao volume do capital social, o mesmo autor indica que:

O volume do capital social que um agente individual possui depende então da rede de relações que ele pode efetivamente mobilizar e do volume de capital (cultural, econômico ou simbólico) que é posse exclusiva de um daqueles a quem está ligado. (BOURDIEU, 1998, p. 67).

Partindo dessas premissas, podemos ser levados a crer que o capital social, de maneira análoga às demais formas de capital, tenderia a variar em função da mudança de posição dos agentes num dado campo, pois ao se moverem nesse campo tenderiam a estabelecer novas redes de relações análogas às demais formas de relações (mudando, portanto, a estrutura e, em alguns casos, o volume de capital social).

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 para as 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 *et al.*, apud GHON, 2004a).

Assim como outras formas de capital, o capital social é produtivo, pois permite alcançar certos objetivos que não seriam alcançados sem a sua presença. De

acordo com Alejandro Portes, “para possuir capital social, um indivíduo precisa se relacionar com outros, e são estes – não o próprio – a verdadeira fonte dos seus benefícios”. (PORTES, apud MATOS, 2009, p. 48).

Assim como outras coletividades, o conselho de saúde pressupõe interação social entre os seus membros, o que faz do capital social um conceito fundamental nesse contexto. Pois, não se deve esquecer do fato 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 para os indivíduos. 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).

Essa percepção pode ser perfeitamente aplicada aos conselhos de saúde, pois assim como as atitudes e posições tomadas pelos conselheiros variam conforme os interesses que os movem, as relações entre eles também são influenciadas e determinadas por esses mesmos interesses. E nesse sentido 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 tema do debate, interesses pessoais, da entidade e do segmento que representa, acúmulo de poder de cada ente 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” retroalimentando-o. Atitudes que envolvam capacidades e habilidades na barganha, negociação, pressão persuasão possivelmente limitariam os efeitos negativos deste capital, como afirma Matos (2009, p.162).

A fim de que se tornem mais evidentes as diferenças entre os dois aspectos do capital social, como seus contextos de origem, valores e consequências, foi utilizado um quadro conceitual desenvolvido por esta autora e adaptado (limitado) para o contexto desta pesquisa.

Quadro 1- Capital social positivo e negativo

Capital social positivo	Capital social negativo
Condições e contextos de emergência	
<ul style="list-style-type: none"> • Contextos de maior igualdade, inclusão e paridade entre indivíduos e grupos. • Condições para o fortalecimento político dos cidadãos. • Normas inclusivas e universais. • Esferas públicas plurais e robustas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contextos de desigualdade material e social, exclusão e tolerância. • Grupos e indivíduos em situação de vulnerabilidade. • Relações de poder e opressão • Anuência de esferas públicas inclusivas.
Princípios e valores em causa	
<ul style="list-style-type: none"> • Redes associativas caracterizadas pela confiança, reciprocidade e normas socialmente compartilhadas. • Igual oportunidade para influenciar debates públicos e processos decisórios. • Interações voltadas para o entendimento recíproco e publicamente justificáveis. • Tolerância e reforço da comunidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Relações baseadas na desigualdade de poder e na autoridade do mais forte. • Pouco incentivo às deliberações inclusivas e fraca capacidade de resistir às opressões. • Interações voltadas para a persuasão e obtenção de ganhos pessoais, sendo publicamente injustificáveis (baseadas na barganha e na corrupção). • Reforço de particularismos e negligência quanto ao bem-estar coletivo.

Consequências e condições de retroalimentação	
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento do grau de cooperação, reciprocidade e confiança. • Preocupação generalizada com o bem coletivo (solidariedade). • Maior engajamento cívico e participação política. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento do sectarismo e da discriminação. • Fomento de conflitos intergrupais. • Aumento da corrupção e do ceticismo. • Fatalismo e descrença na política e nos políticos. • Crescimento do clientelismo.

Fonte: Adaptado de Matos (2009, p. 170-171).

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. A positividade do capital social relacionada ao poder foi denominada no quadro acima como “interações voltadas para o entendimento recíproco e publicamente justificáveis”.

Neste aspecto, recorreremos 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, 2006a, p. 231-232).

O poder pode ser compreendido na forma de rede em que as relações de poder exercem um modo de ação onde uns exercem poder sobre outros (indivíduos ou grupos). Para Foucault, 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. (FOUCAULT, 2006a). 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.

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.

Entre as relações de poder há um dispositivo estratégico que é o discurso, como uma série de acontecimentos através dos quais o poder é vinculado e orientado. “O poder não é a fonte nem a origem do discurso. O poder é alguma coisa que se opera através do discurso”. (FOUCAULT, 2006b, p. 253).

Oliveira (2004), sob o enfoque comunicacional, 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 presente 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", entende-se 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, 2004, p. 11)

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

os tipos de discurso 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, 2004, p. 13)

A verdade é constituída de acordo com o meio social de cada grupo, ou seja, o que é verdade para um grupo não necessariamente será para outro.

Já o saber é considerado como fonte de poder, onde quem detém conhecimento ou informações também detém poder. Assim poder e saber são considerados faces de uma mesma moeda. O aumento da capacidade de apropriação de conhecimentos e informações amplia a capacidade argumentativa nas pessoas, refletindo nas relações de poder, mas 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 espaços de participação social se tornam, 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.

Estas questões estão presentes nas relações de poder entre os conselheiros de saúde e interferem no cotidiano desta arena discursiva e nos jogos de poder que envolvem os seus atos deliberativos.

4 PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

4.1 Movimento reformista na saúde

Antes de se aprofundar na temática dos conselhos de saúde, faz-se necessário uma revisão dos principais pontos chave contidos na reforma do setor saúde que impulsionaram a criação destes dispositivos.

De acordo com Lobato (2009) a reforma sanitária pode ser identificada como o processo de mudanças na estrutura de poder, no aparato institucional, no acesso e nas práticas de saúde, destacando-se por seu caráter nitidamente contra-hegemônico em sua constituição e consolidação. Configuram-se como pilares deste projeto:

(1) a democratização do poder político e do Estado, (2) a universalização do acesso à saúde como direito e como responsabilidade estatal, (3) a construção de um aparato institucional e organizacional democrático, descentralizado e com autoridade única, responsável pela consolidação dos preceitos anteriores (LOBATO, 2009, p. 7).

A partir das premissas anteriores pode-se reconhecer o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) como parte da reforma sanitária, que pode ser considerada como um processo em curso ao longo da história. Porém, para que se possa compreender a magnitude deste movimento, será estabelecido como ponto de partida um breve resumo sobre as políticas públicas⁹ de saúde no Brasil.

Lima, Fonseca e Hochman (2005) defendem que o surgimento do vigoroso movimento sanitário na segunda metade da década de 70, aliado à posterior institucionalização de muitas de suas teses na Constituição Federal de 1988, tendem a ofuscar movimentos e propostas ocorridos em períodos anteriores. Esta percepção justifica a posição adotada nesta seção de resgatar alguns antecedentes históricos.

9 - Entende-se por políticas públicas o conjunto de diretrizes e referências ético-legais adotados pelo Estado para fazer frente a um problema que a sociedade lhe apresenta. Trata-se da resposta que o Estado oferece diante de uma necessidade vivida ou manifestada pela sociedade. (Teixeira, 1997).

O período compreendido entre o início da república em 1889 até 1930 é marcado pelo poder oligárquico, constituído de um lado pelos coronéis, em que o poder político e econômico era concentrado nas mãos desses grandes latifundiários – movimento conhecido como coronelismo, e do outro, pelos bacharéis, responsáveis pela elite intelectual e política. A Constituição Federal de 1891 adota o sistema federativo, constituído de estados autônomos, com representantes eleitos por meio do voto, ainda que restrito aos homens alfabetizados. A cidade do Rio de Janeiro apresentava nesta época um quadro sanitário caótico caracterizado pela presença de diversas doenças que acometiam a população, como a varíola, a malária, a febre amarela, e posteriormente a peste, o que acabou gerando sérias consequências tanto para saúde coletiva quanto para outros setores como o do comércio exterior, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em função da situação sanitária existente na cidade. (IYDA, 1994; BERTOLLI FILHO, 1996; LIMA, FONSECA E HOCHMAN 2005).

Em 1895, as pressões da burguesia, que controlavam o comércio exportador no Brasil, resultam na criação da Diretoria Geral de Saúde Pública, subordinada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Em 1900 foram criadas duas das principais instituições de pesquisa biomédica e saúde pública do país: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), inicialmente como Instituto Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro e Instituto Butantan, em São Paulo. O governo federal adotou o modelo de medidas “campanhistas”, cujo objetivo era estabelecer medidas de controle para as graves epidemias então existentes. As campanhas de saúde pública eram organizadas como campanhas militares, obrigando pela força o emprego de práticas sanitárias. A onda de insatisfação se agravou com a Lei Federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904, que instituiu a vacinação anti-varíola obrigatória para todo o território nacional. Surge, então, um grande movimento popular de revolta que ficou conhecido na história como a revolta da vacina. (IYDA, 1994; LIMA, FONSECA E HOCHMAN, 2005).

Em 1920, foi criado o Departamento Nacional de saúde Pública (DNSP), dirigido por Carlos Chagas, como resultado de um intenso processo de negociação política, envolvendo sanitaristas, governo federal, estados e poder legislativo. De acordo com o princípio do federalismo determinado pela Constituição Federal de

1891 cabia aos estados a responsabilidade por ações de saúde e saneamento¹⁰. (LIMA, FONSECA E HOCHMAN, 2005).

Ainda de acordo com os mesmos autores, gradativamente, com o controle das epidemias nas grandes cidades brasileiras o modelo campanhista deslocou a sua ação para o campo e para o combate das denominadas endemias rurais, dado ser a agricultura a atividade hegemônica da economia da época. Este modelo de atuação foi amplamente utilizado pela Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) no combate a diversas endemias, como chagas, esquistossomose, e outras, sendo esta posteriormente incorporada à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

No que concerne ao atendimento individual, verifica-se que a assistência médica ficou por um longo período sob responsabilidade da iniciativa privada e filantrópica, de cunho religioso ligadas as irmandades. Esse quadro começaria a mudar a partir da incorporação da atenção à saúde na agenda de negociações entre empregados e empregadores gerando arranjos que se configuraram como uma vertente da assistência médica no Brasil, associada ao complexo previdenciário que começava a se constituir. (PONTE, 2010)

Somente em 1923, foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei Eloi Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil. Através desta lei foram instituídas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que se multiplicaram rapidamente, sobretudo na região sudeste.

[...] organizadas por empresas, por meio de um contrato compulsório e sob a forma contributiva, tinham como função a prestação de benefícios (pensões e aposentadorias) e a assistência médica à seus filiados e dependentes. (COHN, 1996, p.12)

Ainda de acordo com a mesma autora, a partir de 1930 o sistema previdenciário brasileiro passa por profunda reformulação. Durante o período de 1933 a 1938 as CAPs são unificadas e absorvidas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Esses institutos foram criados sucessivamente e

10 - O município era visto como uma ficção no Brasil durante esse período, devido aos poderes atribuídos as oligarquias regionais. (Idem, Ibidem, p. 31).

eram organizados por categorias de trabalhadores. IAPM, em 1933, da classe dos marítimos; IAPC, em 1934, dos comerciários; IAPB, também em 1934, dos bancários; IAPI, em 1936, dos industriários e o IAPETEC, em 1938, dos trabalhadores em transportes de cargas. Os IAPs diferenciam das CAPs principalmente por dois motivos: são de caráter nacional e possuem presença direta do Estado na sua administração.

Em 1966 os IAPs são unificados com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), como refere Ponte (2010). O caráter fragmentário e corporativo da previdência social, ao vincular a prestação de serviços médicos e assistenciais às relações trabalhistas formais, excluía grande parte da população brasileira desse sistema, como por exemplo, os trabalhadores rurais.

Como se percebe mudanças significativas na Saúde começam a ocorrer a partir dos anos 30, ao passo das mudanças políticas do período. O primeiro governo Vargas é marcado por mudanças institucionais que moldaram a política de saúde brasileira até um período recente. Uma das principais mudanças foi a criação, em 1930, do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), que inicialmente não trouxe nenhuma alteração para a saúde pública, significando apenas a incorporação do já existente DNSP, como apontado por Lima, Fonseca e Hochman (2005).

Posteriormente, foi delimitado o campo de abrangência do MESP, a partir da segregação institucional das ações públicas de saúde. De um lado a assistência médica individual e previdenciária, desenvolvida no Ministério do Trabalho Indústria e Comércio (MTIC) e do outro,

a prestação de serviços para aqueles considerados como pré-cidadãos: os pobres, os desempregados, os que exerciam atividades informais, ou seja todos aqueles que não se encontravam habilitados a usufruir os serviços oferecidos pelas caixas e pelos institutos previdenciários. (LIMA, FONSECA E HOCHMAN, 2005, p. 41-42).

A área da saúde pública concentrou-se cada vez mais suas ações em regiões distantes dos grandes centros urbanos, apesar de permanecer como área de interesse do governo federal, seu poder político sobre a estrutura estatal foi reduzido. A saúde pública,

relegada a segundo plano, tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia. A

carência de recursos – que não chegava a 2% do PIB – colaborava com o quadro de penúria e decadência, com graves consequências para a saúde da população. (SCOREL, NASCIMENTO e EDLER, 2005, p. 61)

Com a queda de Vargas em 1945, o Brasil encontrava-se com a democracia, traduzida pela eleição de Eurico Gaspar Dutra e pela promulgação da nova Constituição Federal em 1946. Esse período democrático se estendeu até 1964, quando então foi retomada a ditadura.

No intervalo de tempo referido acima, a saúde pública teve sua estrutura centralizada com múltiplos programas e serviços; os programas de controle e erradicação das doenças tropicais passaram a atrair o interesse das instituições internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) entre outros. Evidencia-se, portanto, o combate às endemias rurais e às doenças transmissíveis mantidas como principal preocupação dos órgãos de saúde pública. Destaque para criação do Ministério da Saúde (MS), desvinculando-o da educação em 1953. (LIMA, FONSECA E HOCHMAN, 2005)

Enquanto isso, o sistema previdenciário, aparentemente autofinanciável, com o ritmo acelerado de industrialização, demonstra um crescimento no volume de recursos, no aparato institucional e na clientela a ser atendida. Apesar do crescimento da importância da medicina previdenciária, esse modelo é permeado por diversos problemas, como: cada vez mais a União aumenta sua dívida com o sistema e atrasos constantes da contribuição por parte dos empregadores, transferindo-a para o consumidor, na medida que não deduziam a contribuição do lucro. Enfim, o sistema torna-se deficitário (COHN, 1996; PONTES, 2010).

Com o golpe militar em 1964, instalou-se o período da ditadura que se estendeu até 1985. Com a criação do INPS, em 1966, o poder do Estado sobre as classes trabalhadoras aumentam e a organização do instituto, que se apresentava altamente centralizada, foi eliminando a gestão tripartite (União, empregadores e empregados), afastando os últimos dos processos decisórios. Alegando a incapacidade de a rede própria de serviços, compostas por hospitais, ambulatórios e consultórios médicos dos antigos IAPs, fornecer assistência médica a todos os beneficiários, foi priorizada a contratação de serviços de terceiros. O INPS passou a ser o grande comprador de serviços privados de saúde, estimulando um padrão de

organização da prática médica orientado pelo lucro. O credenciamento e a remuneração por Unidades de Serviço (US) foi um fator incontrolável de corrupção.

No começo da década de 1960 se difundiu, nos Estados Unidos, um modelo preventivista de atenção à saúde que pretendia mudar a prática médica pela inclusão da prevenção, mas sem alterar a forma liberal de organização da atenção à saúde. No mesmo período, no Brasil, os Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) desenvolvem experiências alternativas as quais congregavam elementos da medicina preventiva e da medicina comunitária.

Este novo campo da especialidade médica foi o locus a partir do qual começou a se organizar o movimento sanitário, que buscava conciliar a produção do conhecimento e a prática política, ao mesmo tempo em que ampliava seu campo de ação, envolvendo-se com as organizações da sociedade civil nas suas demandas pela democratização do país. (SCOREL, NASCIMENTO e EDLER, 2005, p. 63)

De acordo com Carvalho (1995), no plano político-ideológico, dois adventos contribuíram para a intensificação dos debates sobre o sistema de saúde vigente e sistematização das propostas alternativas, que foram: a criação, em 1976, do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e em 1979 da Associação de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco).

Ainda de acordo com o mesmo autor, em 1981 é criado o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) como uma tentativa de conter a crise previdenciária. Este conselho constituído por representantes de diversos segmentos do aparelho estatal e da sociedade, ocupou-se da crítica ao modelo assistencial, além de uma série de medidas voltada para a contenção das despesas perdulárias e ampliação do controle gerencial. “Pela primeira vez, um órgão oficial no próprio espaço da Previdência assume crítica ao sistema e propõe a reversão gradual do modelo médico assistencial vigente”. (CARVALHO, 1995, p. 42). Dentre as propostas elaboradas pelo CONASP, destaca-se a criação das Ações Integradas de Saúde (AIS), que se constituíram o principal instrumento gerencial de reorientação do modelo assistencial. A partir delas cristalizam-se duas diretrizes: início e consolidação das transferências financeiras sistemáticas aos estados e municípios e constituição de órgãos colegiados de gestão, as Comissões Interinstitucionais, denominadas: CIS; CRIS e CIMS.

Inicialmente intergovernamentais, essas comissões foram incorporando sucessivamente a presença dos prestadores de serviço, dos profissionais de saúde e, por fim, dos usuários, numa sequência em que anteciparam o papel de espaços de concertação de interesses que os futuros conselhos estavam destinados a desempenhar. (CARVALHO, 1995, p.44)

O período da Nova República, com o fim da ditadura a partir de 1985, pode ser identificado por dois aspectos: crescente permeabilização do Estado às demandas/reivindicações de setores sociais e amadurecimento das demandas por parte da sociedade. O somatório de todos esses fatores criou condição para a realização, em 1986, da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), responsável pelo estabelecimento dos princípios da Reforma Sanitária. Esse evento marca o início, na arena estatal e em larga escala, da participação institucional de representantes da sociedade civil, como refere Carvalho:

Todas as sete conferências de saúde anteriores pautaram-se por um caráter eminentemente técnico e pela baixíssima representatividade social, marcada pela participação praticamente restrita a gestores e técnicos governamentais. (CARVALHO, 1995, pag. 53).

Foi durante a VIII CNS que se evidenciou que as alterações no setor saúde iam além de uma simples reforma administrativa e financeira. Era necessária uma profunda reformulação, a partir da ampliação do conceito de saúde e de uma correspondente ação institucional, como afirmam Escorel, Nascimento e Edler (2005).

Em 1987 foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Esse sistema, precursor do SUS, concretiza a aspiração descentralizatória, com ele é criado o suporte legal para a transferência de recursos financeiros, humanos e patrimoniais a estados e municípios.

Em 1988, conclui-se o processo constituinte e é promulgada a nova Constituição Federal, a redação da nova Carta Constitucional no que diz respeito à saúde, incorporou as principais diretrizes da VIII CNS, nela são apontados três fundamentos que deverão pautar o SUS: descentralização, integralidade e participação, Art. 198.

Em 1990 a Lei 8080, Lei Orgânica da Saúde, vem completar e detalhar o texto constitucional que reafirma a participação como um de seus princípios, entretanto ela ainda não é especificada. Posteriormente, com a Lei 8142 ainda do

ano 1990, é que a participação social na gestão do SUS é regulamentada, aqui entre outras providências, são definidas as instâncias colegiadas que integrarão cada esfera de governo: conferência de saúde e conselho de saúde.

A participação no Brasil se institucionaliza no caminho do processo de democratização do país, sendo a área de saúde a que mais intensa e precocemente incorporou mecanismos de participação. Muitos são os canais participativos, que incluem um conjunto de formas consultivas e deliberativas de participação da população no processo de tomada de decisão da gestão de serviços de saúde e de políticas públicas, como por exemplo: audiências e consultas públicas, câmaras setoriais, comitês técnicos, colegiados, conselhos gestores, orçamento participativo, conferências de saúde e, finalmente, conselhos de saúde.

Muito se discutiu sobre os conselhos de saúde ao longo de mais de 20 anos, vejamos a seguir alguns aspectos dessas instâncias relacionados ao objeto desta pesquisa.

4.2 Participação e controle social na Saúde

O processo de redemocratização brasileiro, impulsionado pelo combate à ditadura militar (1964 - 1985) e depois de 1985, foi fortemente estimulado por movimentos sociais¹¹ que lutaram por novos direitos e pela democratização das relações entre o Estado e sociedade.

Nesse sentido, esses movimentos foram portadores de reivindicações relacionadas à maior participação da sociedade na formulação das políticas públicas e no controle sobre as ações do Estado. A participação das pessoas, em diferentes arranjos e composições, com caráter institucional ou não, tem se multiplicado, fruto de uma necessidade da sociedade em se organizar e participar nas questões de saúde, educação, moradia e segurança.

11 - Os movimentos sociais têm sido considerados por vários especialistas como elementos e fontes de inovações e mudanças sociais. Existe também um reconhecimento de que eles detêm um saber, decorrentes de suas práticas cotidianas, passíveis de serem apropriados e transformados em força produtiva. Foram a partir de 1970, e ainda são, as bases de muitas ações coletivas no Brasil. (GOHN, 2010).

O 'controle social', alvo das discussões e práticas de diversos segmentos da sociedade, é utilizado frequentemente como sinônimo de 'participação' nas políticas públicas, sobretudo as de saúde, embora possuam origens e tradições distintas neste campo. Cohn (1992) vai além e aponta a tendência de se intercambiar, em determinados contextos, os seguintes termos controle social e controle público, bem como participação da comunidade, participação popular e participação social.

Tanto a noção de controle social quanto a de participação em saúde são historicamente referidos e traduzem distintos contextos sócio-econômico-culturais. Envolvem, portanto, diversas formas de compreensão do Estado, dos grupos sociais e das relações Estado-sociedade. (CARVALHO, 1995). Desta forma, iniciaremos esta seção, abordando algumas dimensões do controle social e em seguida da participação social em saúde.

A utilização do termo controle social exige certa cautela, uma vez que o mesmo pode ser encarado sob diferentes aspectos. O termo controle social, conforme o concebemos na área da saúde, origina-se de conceitos da Psicologia e da Sociologia voltado para explicar o controle da sociedade sobre os indivíduos (OLIVEIRA, 2006). Correia (2005) possui uma visão similar, para a autora, a expressão "controle social" tem origem na sociologia em Durkheim. De forma geral, é empregada para designar os mecanismos que estabelecem a ordem social, disciplinando a sociedade e submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais.

Todavia, quando se trata da esfera política, o significado de controle social é ambíguo, podendo ser concebido em sentidos diferentes a partir de variadas concepções de *Estado*¹² e de *sociedade civil*¹³.

12 - Entende-se Estado a partir das inter-relações estabelecidas entre a "sociedade política" e a "sociedade civil". Estas se articulam conceitualmente na formação da concepção de Estado ampliado, na qual, em síntese, este pode ser tomado como "ditadura + hegemonia" (GRAMSCI, 2001, 257).

13 - A sociedade civil, também entendida no sentido gramsciano do termo, é definida como uma arena privilegiada de luta, uma esfera do ser social onde se dá uma intensa luta pela hegemonia. Exatamente por isso, ela não pode configurar como um polo oposto do Estado, mas, junto com a sociedade política, é um dos elementos constitutivos de suas ações. (GRAMSCI, 2001, 244). Victor Valla, designa como sociedade civil os setores da sociedade que se organizam de forma voluntária, como, por exemplo, os partidos políticos, sindicatos, as estações de televisão e rádio, a imprensa publicada e as associações profissionais, comerciais e de moradores. (VALLA, 2006).

Nas sociedades contemporâneas o controle social está presente sob duas óticas, tanto é empregado para designar o controle do Estado sobre a sociedade, quanto para designar o controle da sociedade (ou de setores organizados na sociedade) sobre as ações do Estado (CARVALHO, 1995; CORREIA, 2000).

O controle social era visto inicialmente como controle do Estado sobre a sociedade. Carvalho (1995) cita como exemplos deste tipo de controle ações que incluíam: a polícia médica; as medidas utilizadas para combater os miasmas¹⁴, como abertura de avenidas largas e perseguição aos cortiços; e a vacinação compulsória contra a varíola. A revolta da vacina (vacinação antivariólica) foi um exemplo de resistência da população contra as medidas sanitárias impostas como uma forma de controle social do Estado sobre a sociedade.

Mas também, ainda de acordo com o mesmo autor, o controle social corresponde a uma compreensão (considerada moderna para a época) da relação Estado-sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele.

Outros autores defendem a ideia do termo controle público em substituição ao controle social. Valla (2006, p.49) atribui a Amélia Cohn a iniciativa por esta discussão. Para este autor, a justificativa para essa mudança parte da constatação de que a correlação de forças que já existe no Brasil é, de fato, um controle social, que figura através de uma forte concentração de domínio e de caráter conservador, na maioria dos governos, seja eles da esfera federal, estadual ou municipal. Na visão do autor o controle social “se trata de um controle essencialmente governamental, e não da sociedade civil organizada e de caráter popular” como sugere o controle público em sua concepção.

14 - A teoria Miasmática considerava que a doença era causada por certos odores venenosos, gases ou resíduos nocivos que se originavam na atmosfera ou a partir do solo. Essas substâncias seriam posteriormente arrastadas pelo vento até a um possível indivíduo, que acabaria por adoecer.

Compreende-se, contudo, de forma geral que a noção de controle público expressa com mais exatidão a ideia de *accountability* na área de saúde, sendo este

(...) explicado como parte constitutiva do espaço político onde um ou vários atores sociais têm a possibilidade de cobrar publicamente de outros (instituições, organizações empresariais, autoridades ou das lideranças políticas) comportamentos geradores de transparência e de adequação de seus atos às expectativas de interesse individual, público e/ou coletivo, de acordo com as normas e funções previstas ou publicamente reconhecidas onde atuam. (OLIVEIRA, 2006, p. 32).

Entretanto, no presente trabalho adota-se a expressão “controle social”, por considerar que a mesma é uma categoria já consolidada e amplamente utilizada no âmbito da participação na gestão de serviços e políticas públicas em saúde e pelos próprios movimentos sociais que giram em torno das questões da saúde no Brasil.

Porém, as similitudes entre controle social e participação esbarram em uma questão crucial, que é a origem destes dois processos. Enquanto o controle social em saúde surge a partir dos textos constitucionais de 1988, no momento em que há o resgate da importância da participação da população nas decisões de governo, a noção de participação já acumula uma longa tradição no campo das políticas de saúde e da organização de serviços, o que a permitiu assumir diferentes modalidades conforme o contexto histórico, social e político ao qual se relacionava: comunitária, popular, cidadã ou social.

A participação comunitária, primeira vertente dos processos participativos, aparece no início do século XX, “como um componente ideológico e prático do movimento dos centros comunitários de saúde norte-americanos, representando um novo padrão de relação Estado-sociedade no setor saúde.” (CARVALHO, 1995, p. 14). Segundo o mesmo autor, este tipo de participação origina-se a partir da implantação no Brasil da medicina comunitária, que por sua vez, se expressa pela ideia da possibilidade de extensão da medicina às populações carentes através do desencadeamento de mecanismos integradores. As ações que eram inicialmente dirigidas à higiene do meio perdem espaço para as relações compreendidas entre homem e meio ambiente, incluindo fatores culturais e sociais. Agrega-se, ainda, a ideia de que as efetividades das ações dependem da colaboração/compreensão das pessoas, não mais da coerção.

Côrtes (1996) confirma esta percepção ao referir que esta modalidade de participação associa-se com a busca de maior envolvimento de populações em

situações que demandem a implementação de programas ou projetos governamentais. Destaca, ainda, que o conceito é preciso em termos de fronteiras espaciais, mas acaba por não expressar clivagens sociais, tornando-se difícil a definição de setores sociais que poderão ser considerados aptos a aderir.

De toda forma, podem-se observar mudanças significativas na proposta oficial da participação comunitária retratadas pelo aprofundamento da crítica e radicalização das práticas e políticas. O aprofundamento da crítica refere-se à adoção de um novo referencial teórico, em que a categoria comunidade é substituída pela categoria povo, já a radicalização das práticas e políticas baseia-se nas formas de luta, resistência e organização das classes populares (associações de bairros; clubes de mães; cooperativas, etc.), tomadas como exemplos para a alteração da concepção participativa. A partir daqui não se aceitam mais a mera participação em ações simplificadas no âmbito dos serviços de saúde e sim a conquista da participação no conjunto da dinâmica social. (CARVALHO, 1995)

Surge então a expressão “participação popular”. Côtres (1996) acredita que este termo seja usado para designar o envolvimento de indivíduos que não pertencem à classe social dominante em processos participativos, levando em conta que, a representação dos setores populares seja feita através de líderes legítimos, eleitos ou indicados por entidades organizadas.

Para Carvalho,

Não se trata mais de comunidade enfrentando um meio ambiente desfavorável, e sim de um povo de excluídos social, econômica e politicamente em luta contra um Estado cuja lógica é a de favorecer os já favorecidos. (Carvalho, 1995, pag. 22).

O objetivo das reflexões e práticas se desloca da dimensão técnica e alcança explicitamente a dimensão política,

a participação nas decisões é cada vez mais valorizada em detrimento da participação nas ações (...) como forma de garantir o redirecionamento das políticas e práticas no sentido para o atendimento das necessidades do povo. (Carvalho, 1995, pag. 23).

O Estado passa a ser um opositor contra o qual se dirige o processo político da participação, agora desdobrado em movimentos e organizações populares. “As experiências sociais baseadas no referencial da participação popular em saúde são

contemporâneas dos chamados movimentos sociais urbanos¹⁵ tendo mantidos com eles vínculos teóricos e práticos” (CARVALHO, 1995, p. 22).

Cabe ressaltar que os movimentos sociais conforme os concebemos na atualidade, embora sejam herdeiros daqueles movimentos possuem diferenças ideológicas, pois naquela época “os movimentos lutavam para ter ‘direito a ter direitos” (GOHN, 2010, p. 17).

O agravamento das desigualdades sociais e o enfraquecimento do regime autoritário permite que os movimentos sociais ganhem força. O processo de redemocratização traz a cena novos atores e coloca em pauta novas questões na esfera das relações Estado-sociedade. Sendo assim, a participação é requalificada, deixa de ser referida apenas aos setores sociais excluídos pelo sistema e passa a reconhecer e acolher a diversidade de interesses e projetos colocados na arena social. Essa nova visão da participação denomina-se “participação social” – onde a categoria central deixa de ser a comunidade ou povo e passa a ser a sociedade como afirma Carvalho(1995).

Para Dagnino (2002) esse contexto proporciona que atores sociais e políticos tenham um projeto político comum no sentido de transformar as relações de poder existentes até então em relações de autoridade partilhada.

Há, ainda, o conceito de “participação cidadã”, que se refere aos direitos dos cidadãos, ampliando a noção de direitos políticos e civis deforma a incluir os direitos sociais (CÔRTEZ, 1996). De acordo com Gohn,

O conceito de participação cidadã está lastreado na universalização dos direitos, na ampliação do conceito de cidadania para além da dimensão jurídica e numa nova compreensão sobre o papel e o caráter do Estado, remetendo a definição das prioridades nas políticas públicas à partir de um debate público. (2004a, p. 58)

15 - Os movimentos sociais urbanos ocorridos durante os anos 70 e 80 em São Paulo constituem um marco, especialmente os da periferia durante a greve dos metalúrgicos, tornam-se um caso paradigmático de mobilização popular, capaz de alterar o sistema social e político do Brasil. Grupos sociais que tradicionalmente eram excluídos da vida política começaram a se organizar, dando origem a uma renovada demonstração da determinação popular pela luta por melhores condições de vida e de resistência à ditadura. (MACHADO, 1995).

Nesse sentido o conceito de participação cidadã se aproxima de participação social ao delimitar como categoria central a sociedade, porém diferencia-se ao incluir também a categoria cidadania.

Será utilizado neste estudo o conceito de participação social em detrimento aos conceitos de participação comunitária, participação popular ou cidadã, por entender que o conceito de participação social incorpora a institucionalização da participação em saúde, entendida como inclusão no arcabouço jurídico institucional do Estado, de instâncias participativas, como os conselhos de saúde, objeto desta dissertação (ESCOREL & MOREIRA, 2009).

4.3 Conselhos de saúde: desafios e potencialidades

A lei 8.142/90, que regulamenta os conselhos de saúde, resgata os pontos vetados anteriormente na lei 8080/90 pelo então Presidente da República Fernando Collor. Por esta Lei, os CMS têm a atribuição de participar do processo de formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Para tanto, deve promover, em reuniões ordinárias e periódicas, o debate sobre a política de saúde, num processo de caráter deliberativo do qual participam diferentes atores: usuários do SUS, representados por entidades da sociedade civil, que detêm 50% das vagas; e profissionais da saúde, prestadores de serviços e gestores que, juntos, contam com os outros 50%.

Após mais de uma década da criação desta Lei, o Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução 333/2003, definiu as diretrizes que deverão pautar a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Assim ficou determinado, entre outros aspectos, que a criação dos Conselhos de Saúde seja estabelecida por lei municipal, estadual ou federal, conforme a esfera correspondente com base na Lei nº 8.142/90; o Presidente deverá ser eleito entre seus membros em Reunião Plenária; cabe aos Governos garantir autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, como dotação orçamentária, Secretaria Executiva e estrutura administrativa; aos conselhos cabe elaborar seu regimento interno com aprovação em plenária.

A explosão institucional no surgimento dos conselhos de saúde ocorreu no ano de 1991, segundo Carvalho (1995, p. 69-70), 73% dos conselhos municipais de saúde das capitais e 92% do conjunto dos CMS são originados a partir deste ano, evidenciando o peso da obrigatoriedade legal nesse processo. O fator indutor foi a Norma Operacional Básica 01/91, que a fim de regulamentar as transferências

financeiras federais a estados e municípios, estabeleceu como contrapartida, entre outras exigências, a existência comprovada de Conselho Municipal de Saúde.

Os CMS são uma realidade no arcabouço institucional brasileiro, como aponta o portal *ParticipaNetSUS*¹⁶, em 17 anos (1990 - 2007) foram criados em 5.564 municípios, somando um contingente de cerca de 72.000 conselheiros titulares. (MOREIRA; ESCOREL, 2008). A magnitude e expressividade destas instâncias no setor saúde despertam o interesse de estudiosos sobre o assunto.

Diversos Autores, de áreas distintas se dedicam no estudo dos conselhos de saúde. Esses autores, segundo Carvalho (1995, pag. 4) dividem-se em dois grupos: nos que creem nos conselhos como a solução para todos os males, que assegura o curso democratizante da Reforma Sanitária, preservando suas conquistas institucionais e sociais e neutralizando as resistências de um Estado que precisa ser socialmente controlado (visão romântica dos conselhos). E nos que acreditam que os conselhos de saúde são “engodos participatórios”, mais úteis à legitimação da situação política do momento do que à sua mudança (visão crítica dos conselhos). Essa última percepção pode ser atribuída pela “baixa capacidade da sociedade fazer-se representar na complexidade e diversidade dos interesses que abriga”, ou pela “alta capacidade dos grupos hegemônicos de articular a máquina estatal a seu favor, qualquer que seja seu formato institucional”.

O mesmo autor destaca, ainda, duas abordagens nesses estudos “ora no plano geral/abstrato, onde prevalecem as referências teóricas e prescrições políticas gerais, ora no plano singular/concreto, onde se examinam experiências localizadas e referidas a ambientes sociais e políticos particulares”. (CARVALHO, 1995, pag. 5).

Essa segunda abordagem também é destacada por Labra (2006, p. 209), segundo a autora,

os CS [conselhos de saúde] vêm recebendo profusa atenção, ainda que na vasta produção existente predominem análises de casos singulares. Embora este fato limite a generalização de conclusões, tais contribuições

16 – A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/SGEP, do Ministério da Saúde/MS, desenvolveu esse Sistema Nacional de Informação sobre Conselhos de Saúde - ParticipaNetSUS com objetivo de “*subsidiar decisões e avaliar a atuação do controle social nas três esferas de gestão do SUS*”. O sistema foi desenvolvido em parceria com o Departamento de Informática do SUS/DATASUS, a partir de pesquisa sobre os conselhos de saúde no Brasil, realizada em 2003 pela SGEP em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ/MS.

permitem apreciar que os colegiados, em maior ou menor medida, apresentam uma série de problemas que abrangem desde os estatutos e o funcionamento até a representatividade dos conselheiros e a inoperância do controle social.

Como desafios são constantemente apontados nesses estudos: baixa representatividade e legitimidade de alguns conselheiros nas relações com seus representados; baixa renovação de conselheiros; amplitude de competências; não exercício do seu caráter deliberativo; excessiva interferência dos gestores e da lógica de gestão na agenda dos conselhos; assimetrias entre os conselheiros que expressam as assimetrias de poder nos conselhos; cooptação e clientelismo; utilização dos conselhos como trampolim político-partidário; falta de condições e recursos para o cumprimento das atribuições, além da invisibilidade social do conselho. (BRASIL, 2004; OLIVEIRA, 2006; LABRA, 2006 & 2009; MOREIRA & ESCOREL, 2008; LOBATO, 2009; CARVALHO, H., 1996).

Propõe-se, aqui, aprofundar um pouco mais os entraves elencados acima. A baixa representatividade dos conselheiros decorre do fato destes dificilmente manterem uma relação de permanente troca com seus representados, expressa em dois momentos: antes e após as reuniões. As consultas prévias permitiriam ao conselheiro oxigenar o debate com as demandas oriundas da entidade que representa, já os encontros posteriores seriam responsáveis por transmitir os produtos dessas reuniões.

Outro aspecto da representatividade seria a legitimidade conferida a estes representantes. Os critérios de escolha destes muitas vezes expressam os interesses do poder institucional que são fortemente presentes nos conselhos de forma geral, o que permite questionar sua legitimidade perante a sua entidade assim como o segmento que representa. Como sugere Labra (2009, p.198), “vale indagar até que ponto as máquinas políticas estão presentes nos colegiados mediante a indicação de conselheiros”.

A baixa renovação dos conselheiros pode ser atribuída, também, em parte, a dificuldade de alguns conselheiros, principalmente do segmento dos usuários, em dominar uma complexidade de assuntos do setor saúde como: orçamento, financiamento, programação, políticas, indicadores, gerência, execução, controle e avaliação, entre outros, que fazem parte das atribuições do exercício do controle social. Este aspecto dificulta e limita a participação individual ou coletiva dos

conselheiros, principalmente em relação ao segmento dos usuários que nem sempre detêm conhecimentos específicos a este respeito.

Também é comum nos conselhos de saúde a perpetuação no cargo por alguns conselheiros dificultando a renovação das representações dos vários segmentos ali existentes. Se em alguns casos isso pode ser positivo, porque a recondução deste conselheiro pode significar a presença de uma experiência positiva consolidada, ela também traz o inconveniente de “profissionalizar” certos conselheiros no cargo e dificultando a renovação dos membros do conselho como recomenda qualquer manual de democracia. Como afirma Oliveira (2006, p. 35),

Se, por um lado, isso pode ser positivo, pois são conselheiros com maior experiência, por outro lado, isto é negativo por dificultar a renovação e manter inalteradas as práticas discursivas do conselho. Se o conselho vai bem, tudo continua como está, mas se vai mal, dificilmente o conselheiro reeleito aceita mudanças nas regras do jogo às quais está acostumado.

Aos Conselhos de Saúde foi atribuído um extenso e crescente rol de competências. Apenas na resolução 333/2003 são elencadas vinte e quatro. Mas isto não é tudo, também fazem parte das incumbências dos colegiados numerosas tarefas internas e externas que sobrecarregam demasiadamente o trabalho dos conselheiros. Organização e realização de eventos, como conferências de saúde; encontros de conselheiros; visitas aos serviços de saúde; participação em comitês temáticos, capacitações, reuniões com autoridades, parlamentares e lideranças comunitárias, etc., são alguns exemplos. É compreensível, portanto, que reste um tempo útil escasso aos conselheiros para discutirem e aprovarem importantes instrumentos anuais de gestão da Secretaria de Saúde, como plano de saúde, o orçamento executado e o previsto para o exercício seguinte, o relatório das atividades realizadas e, principalmente, se dedicarem à atribuição principal: deliberar sobre a formulação de estratégias e a execução de políticas e programas. (LABRA, 2009)

De acordo com a mesma autora, o nó crítico dos conselhos de saúde tem a ver com o processamento das deliberações. As resoluções dos colegiados são produtos do processos decisórios, no entanto não constituem um ciclo completo nem se pretendem finalísticas, pois cabe ao executivo (Secretário Municipal de Saúde) a tarefa de homologá-las ou não. Quando estas não são homologadas pela autoridade correspondente, todo o esforço participativo redundará em frustrações e

recriminações. O Relatório Final da XIII Conferência Nacional de Saúde estipula, em suas proposições, que o ato de não homologar as deliberações do conselho esteja sujeito a sanções legais. Nesse sentido, propõe-se

[...] que as resoluções dos conselhos de saúde sejam homologadas pelo respectivo gestor no prazo máximo de quinze dias a contar da data de seu encaminhamento e, quando do não cumprimento desse prazo, que os conselhos encaminhem representação formal ao Ministério Público, para as providências cabíveis. [...] Os conselhos de saúde devem se articular com os ministérios públicos para a implementação de ações relativas à garantia de suas deliberações [...]. (Brasil, 2008, p. 159).

Apesar disto, não se tem notícias que isso tenha ocorrido. A partir de uma pesquisa de abrangência nacional, que objetivava definir o perfil dos CMS do Brasil (Moreira; Escorel, 2008), foi possível observar que 90% dos CMS tiveram alguma resolução/deliberação descumprida nos 12 meses anteriores à pesquisa. Portanto, presume-se que a efetividade dos Conselhos seja considerada como baixa, pois a não-homologação das deliberações pelos gestores impede os Conselhos de intervirem nas políticas de saúde.

O problema relatado anteriormente está diretamente relacionado com a tendência em sobrepor os interesses do gestor ou a lógica da gestão sobre os outros segmentos no desenvolvimento das atividades dos conselhos. Fato este, que acarreta a diminuição ou perda da legitimidade da deliberação, visto que, as deliberações sobre as políticas de saúde devem estar em consonância com as necessidades da população e com a promoção de justiça social.

Essas relações hierárquicas de poder constituem os elementos que interferem na possibilidade que seja exercida uma democracia deliberativa e efetiva nos conselhos. A hierarquia de poder está nesta instância está fortemente sustentada pelo grau de conhecimento e informação que resultam em práticas simbólicas que apontam para os diversos lugares de fala e de poder por parte dos conselheiros diante das relações estabelecidas com o poder executivo (Escorel; Moreira, 2009). Seguindo este raciocínio, Oliveira (2006) vai além ao afirmar que as assimetrias sociais e simbólicas da sociedade se reproduzem no interior dos conselhos, reiterando a verticalidade do poder e dificultando a comunicação entre os seus membros e, por conseqüência, o exercício do controle social.

Se levarmos em conta o princípio de que nenhuma prática social ou política pode ser exercida sem os respectivos processos comunicacionais e disponibilidade de informações, nem sempre a ausência ou disponibilidade de uma e outra coisa significam a existência de uma comunicação capaz de nortear debates ou aglutinar as pessoas em torno de consensos visando o interesse coletivo na saúde. Para que isso ocorra é necessário um mínimo de igualdade cognitiva e política entre os seus membros para quebrar a assimetria dos fluxos simbólicos norteadores da ação. (OLIVEIRA, 2006, p. 35)

A prática da cooptação, traduzida pelo clientelismo, agrava mais esses problemas. O que define uma relação clientelista, segundo Labra (2009) não é a origem dos recursos, mas a natureza da relação que estabelece intercâmbios entre indivíduos que estão em relações assimétricas. As práticas clientelistas acompanham a história brasileira, só que no lugar da tradicional figura do coronel e do curral eleitoral, surgiram máquinas políticas muito bem organizadas e poderosas que atuam distribuindo serviços e benesses em troca de apoio em determinadas situações. Os “favores” incluem desde consultas médicas e exames para amigos, vizinhos ou parentes até empregos na administração pública (OLIVEIRA, 2006).

Segundo o mesmo autor, os interesses político-partidários também merecem destaque. Verifica-se que em alguns conselhos de saúde a presença de militantes político-partidários, faz com que muitas questões de interesse da saúde sejam pautadas por interesses políticos partidários. Quando isso acontece fica em plano secundário as reais necessidades de discussão e de decisão sobre as questões de saúde.

Verifica-se no contexto nacional ausência de infra-estrutura entre os CMS. No ano de 2005, entre os CMS: 37% não tinham linha telefônica, 59% tinham linha telefônica, porém compartilhada, e apenas 2% tinham linha telefônica exclusiva. Quase 70% dos CMS não possuíam computador, 22% tinham um computador, 5% dos CMS tinham entre dois e quatro computadores e 0,8% tinham cinco ou mais. (MOREIRA; ESCOREL, 2008).

E por fim, destaca-se a invisibilidade social dessas instâncias, como apontado por Homero Carvalho em um estudo realizado com o CDS da AP (área programática) 3.1, em 1996. Este autor afirma que a invisibilidade dos temas abordados no Conselho em questão é consequência da invisibilidade do mesmo, pois, apesar de seus temas serem compartilhados por parte considerável da população da área, não são socializadas através dos meios de comunicação de

massa a fim de “publicizar os problemas de uma imensa camada da população da cidade”. (CARVALHO, H., 1996, p. 132).

Apesar destes entraves e dificuldades, deve-se considerar as potencialidades destas instâncias que se destacam como importantes dispositivos de participação social por facilitar o acesso da sociedade civil organizada aos processos decisórios dos governos na saúde. Trazem consigo, também, condições de constituição de ambientes democráticos e transparentes que permitem estimular a participação popular.

Assim podemos dizer que os mecanismos participatórios no campo da saúde proporcionados pela ideia de controle social são mecanismos de inovação cultural, tanto pela maneira com que ali se tomam decisões quanto pela massa de cidadãos nela engajados voluntariamente. Assim, “a participação na saúde constitui um fenômeno inédito na América Latina e em outras latitudes e um exemplo atualmente seguido por vários países da Região.” (LABRA, 2006, p 199).

A relevância desse fórum de participação dos cidadãos no âmbito da saúde trata-se por compor um espaço social democrático, onde a princípio todos são iguais; descentralizado, permite o acesso ao poder decisório na gestão da saúde à representantes da sociedade civil organizada e é aberto à comunidade, favorecendo a transparência seja no acesso livre às reuniões ordinárias, seja na consulta às atas das respectivas reuniões.

A diversidade de atores e de interesses ao mesmo tempo em que geram conflitos e embates também são responsáveis por enriquecimento às discussões que subsidiam as deliberações.

A paridade na representação do segmento dos usuários constitui-se como um mecanismo na lógica do controle social que visa favorecer a gestão compartilhada entre os segmentos, entretanto, proporcionando um peso maior para os interesses dos usuários do sistema de saúde dentro deste processo. A propósito, Labra afirma:

[...] pode-se afirmar que as formulações literais relativas à “autêntica” participação da população organizada, em todos os níveis e etapas na política de saúde, transformando os beneficiários em voz e voto em todas as instâncias, eram realmente visionárias, corajosas e revolucionárias para a época. (LABRA, 2009, p.183)

Em síntese, o objetivo dessas instâncias é possibilitar a participação social no ciclo de políticas de saúde em sua esfera de atuação (municipal, estadual e federal), através da deliberação, que se constitui pelo debate para tomada de decisão sobre as políticas de saúde em todas as suas etapas, desde a formação da agenda e formulação das políticas até a avaliação e controle. Apesar dos inúmeros desafios que se estabelecem no cotidiano dos Conselhos, não há como se negar que esses constituem uma proposta vigorosa de distribuição de poder no âmbito da participação social em saúde nos últimos 20 anos, seja comparando com outros setores dentro do próprio país, seja com outros países.

5 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

5.1 Contexto geográfico do CMS - RJ

O fato do Rio de Janeiro ter sido por muito tempo a capital do País (1763 a 1960) garantiu-lhe até hoje um considerável peso político, econômico, intelectual e cultural no cenário nacional. Essa condição permitiu a concentração de um grande número de instalações que eram inicialmente do governo central na cidade, vide o número expressivo de hospitais federais no município. Após a transferência da Capital Federal para Brasília em 1960, o Rio foi transformado numa cidade-estado com o nome de Estado da Guanabara. Em 15 de março de 1975 ocorreu a fusão com o antigo Estado do Rio de Janeiro, transformando-se em município deste Estado (BRASIL, 2005).

O Rio de Janeiro foi cenário de diversos eventos, como a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (CNUCED), mais conhecida como ECO-92 – reunião internacional com presença de delegações de 175 países. A área esportiva também foi e será destaque no cenário internacional, recentemente como sede dos Jogos Pan-Americanos, em 2007, e futuramente com a Copa do Mundo de Futebol, em 2014, e como sede dos Jogos Olímpicos de 2016.

Imensas perspectivas e oportunidades surgirão com os eventos supracitados. Nos próximos anos, a cidade incorporará um processo de desenvolvimento urbano, com investimentos em infraestrutura pública e qualificação dos serviços, em um curto período de tempo como nunca antes havia ocorrido. A cidade do Rio de Janeiro apresenta o 2º maior PIB do país e possui como atividade econômica preponderante o setor de serviços, que inclui transporte, comércio, comunicação, serviços da administração pública e outros serviços (INSTITUTO MUNICIPAL DE URBANISMO PEREIRA PASSOS - IPP, 2005).

Contemplado por expressivo número de renomadas instituições de ensino e centros de excelência (como: Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, Instituto Nacional de Matemática Pura e Aplicada - IMPA, Fiocruz, Centro Brasileiro de Pesquisas Físicas

– CBPF, Instituto Nacional de Tecnologia – INT, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, entre outros) o Rio de Janeiro é o segundo maior polo de pesquisa e desenvolvimento do Brasil, responsável por 17% da produção científica nacional, segundo a fonte citada anteriormente.

O turismo configura-se como sua principal vocação, é o destino mais procurado por turistas estrangeiros no Brasil, por sua exuberante beleza natural, formada pela perfeita harmonia entre o mar e a montanha. O relevo da cidade é determinado pela presença de três maciços montanhosos, que são: o da Pedra Branca; da Tijuca e do Gericinó. Diversas lagoas, como as da Tijuca, Marapendi, Jacarepaguá e Rodrigo de Freitas formaram-se nas baixadas. O clima apresenta temperatura média anual de 23,1°C. (INSTITUTO MUNICIPAL DE URBANISMO PEREIRA PASSOS - IPP, 2005).

Com relação aos dados demográficos, o Rio de Janeiro é a segunda cidade mais populosa do Brasil, fica atrás somente do município de São Paulo.

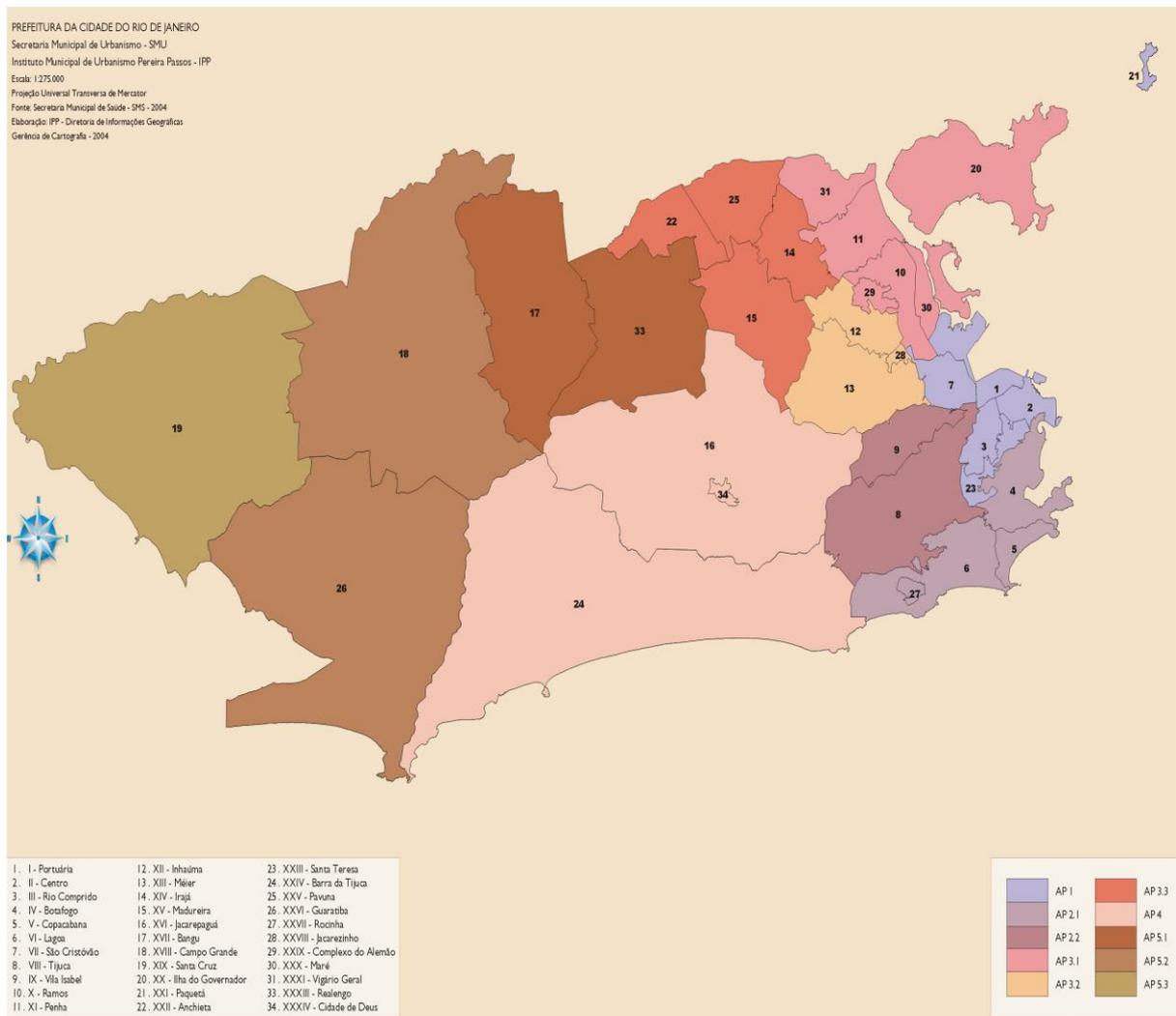
Tabela 1 – Dados de população e área territorial:

Abrangência geográfica	População Censo 2010	População (% do Brasil)	Área total (Km ²)	Densidade (habitantes/Km ²)
Município do Rio de Janeiro	6.323.037	3,3	1.224	5.348

Fonte: IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População Censo 2010.

A divisão administrativa do Município do Rio de Janeiro, de forma geral, congrega 160 bairros, em 34 regiões administrativas - RAs e estas por sua vez em 5 (cinco) áreas programáticas - APs (1; 2; 3; 4 e 5). Especificamente no setor saúde, essas 5 (cinco) APs foram desmembradas em 10 (dez) tornando-se áreas de planejamento sanitário, através da Resolução n.º 431, de 14 de abril de 1993, da Secretaria Municipal de Saúde. Essa decisão possuía como intuito viabilizar a regionalização das ações e serviços de saúde com a implantação do SUS no Município do Rio de Janeiro. Dessa forma, foram criadas: AP 1; AP 2.1; AP 2.2; AP 3.1; AP 3.2; AP 3.3; AP 4; AP 5.1; AP 5.2 e AP 5.3, como pode-se observar a seguir, na figura 3.

Figura 3 – Divisão administrativa do Município do Rio de Janeiro:



Fonte: Instituto Pereira Passos (www.rio.rj.gov.br/web/ipp)

O quadro 2 apresenta essa divisão evidenciando os bairros. Por se delimitar à região central da cidade e adjacências a AP 1, é a menos populosa (4,6%), pois responde por regiões residenciais pouco expressivas. As APs que se localizam na Zona Norte (2.2, 3.1, 3.2 e 3.3) são menos extensas, enquanto as APs da Zona Oeste (5.1, 5.2 e 5.3) são maiores, porém as mais populosas são as APs 3.1 (14,6%) e 3.3 (15,9%). A AP 2.1, referente à zona sul da cidade, é a que apresenta o maior percentual de idosos (16,9%) e a AP 5.3, em Santa Cruz, o menor percentual (3,3%). (BRASIL, 2005).

Quadro 2 – Distribuição do Município do Rio de Janeiro por APs, RAs e bairros:

APs	RAs	Bairros
AP 1	I – Portuária	Saúde; Gamboa; Santo cristo e Caju
	II – Centro	Centro
	III – Rio Comprido;	Catumbi; Rio Comprido; Cidade Nova e Estácio
	VII – São Cristóvão	São Cristóvão; Mangueira; Benfica e Vasco da Gama
	XXI – Paquetá	Paquetá
	XXIII – Santa Tereza	Santa Teresa
AP 2.1	IV - Botafogo	Flamengo; Glória; Laranjeiras; Catete; Cosme Velho; Botafogo; Humaitá e Urca
	V - Copacabana	Leme e Copacabana
	VI - Lagoa	Ipanema; Leblon; Lagoa; Jardim Botânico; Gávea; Vidigal e São Conrado
	XXVII - Rocinha	Rocinha
AP 2.2	VIII - Tijuca	Praça da Bandeira; Tijuca e Alto da Boa Vista
	IX - Vila Isabel	Maracanã; Vila Isabel; Andaraí; Grajaú
AP 3.1	X - Ramos	Manguinhos; Bonsucesso; Ramos e Olaria
	XI - Penha	Penha; Penha Circular e Brás de Pina
	XX – Ilha do Governador	Ribeira; Zumbi; Cacuia; Pitangueiras; Praia da Bandeira; Cocotá; Bancários; Freguesia; Jardim Guanabara; Tauá; Moneró; Portuguesa; Galeão e Cidade Universitária
	XXIX – Complexo do Alemão	Complexo do Alemão
	XXX - Maré	Maré
	XXXI – Vigário Geral	Cordovil; Parada de Lucas; Vigário Geral e Jardim América

AP 3.2	XII - Inhaúma	Higienópolis; Maria da Graça; Del Castilho; Inhaúma; Engenho da Rainha e Tomás Coelho
	XIII - Méier	São Francisco Xavier; Rocha; Jacaré; Riachuelo; Sampaio; Engenho Novo; Lins de Vasconcelos; Méier; Todos os Santos; Cachambi; Engenho de dentro; Agua Santa; Encantado; Piedade; Abolição e Pílares
	XXVIII - Jacarezinho	Jacarezinho
AP 3.3,	XIV - Irajá	Vila Cosmos; Vicente de Carvalho; Vila da Penha; Vista Alegre; Irajá e Colégio
	XV - Madureira	Campinho; Quintino Bocaiúva; Cavalcanti; Engenheiro leal; Cascadura; Madureira; Vaz Lobo; Turiaçu; Rocha Miranda; Honório Gurgel; Oswaldo Cruz; Bento Ribeiro e Marechal Hermes
	XXII - Anchieta	Guadalupe; Anchieta; Parque Anchieta; Ricardo de Albuquerque
	XXV - Pavuna	Coelho Neto; Acari; Barros Filho; Costa Barros; Pavuna e Parque Colúmbia
AP 4	XVI - Jacarepaguá	Jacarepaguá; Anil; Gardênia Azul; Curicica; Freguesia; Pechincha; Taquara; Tanque; Praça Seca e Vila Valqueire
	XXIV - Barra da Tijuca	Joá; Itanhangá, Barra da Tijuca; Camorim; Vargem Pequena; Vargem Grande; Recreio dos Bandeirantes e Grumari
	XXXIV- Cidade de Deus	Cidade de Deus
AP5.1,	XVII - Bangu	Padre Miguel; Bangu; Senador Camará e Gericinó
	XXXIII - Realengo	Deodoro; Vila Militar; Campos dos Afonsos; Jardim Sulacap; Magalhães bastos e Realengo

AP 5.2	XVIII – Campo Grande	Santíssimo; Campo Grande; Senador Vasconcelos; Inhoaíba e Cosmos
	XXVI - Guaratiba	Sepetiba; Guaratiba; Barra de Guaratiba e Pedra de Guaratiba
AP 5.3	XIX – Santa Cruz	Paciência e Santa Cruz

Fonte: Instituto Pereira Passos (www.rio.rj.gov.br/web/ipp)

Cada uma das Áreas de Planejamento (AP) possui estrutura gerencial para promoção das ações de saúde no nível local, as chamadas Coordenações de Áreas de Planejamento (CAP). Essa divisão adotada visou propiciar além da programação e gestão local dos serviços e ações de saúde, uma maior facilidade para o exercício da fiscalização e da proposição de políticas de saúde para este município (BRASIL, 2005), assim como ampliar o leque de estratégias operacionais, capazes de permitir o efetivo controle social por meio da criação dos dez Conselhos Distritais de Saúde, tema abordado adiante.

5.2 Contexto histórico do CMS-RJ

Antes de se aprofundar na organização do CMS-RJ é necessário rever alguns fatos que propiciaram o surgimento do Controle Social no município e que culminaram na criação do respectivo conselho.

Em meados dos anos 70, período em que começavam a despontar os movimentos populares, algumas associações de moradores promoveram atividades que tinham por objetivo a luta por melhores condições de saúde. Nessa conjuntura, destacaram-se como marco o 1º Encontro Popular pela Saúde, que se realizou na Cidade de Deus, em setembro de 1980, e reuniu em torno de 3.000 participantes oriundos de 100 comunidades. Houve também a participação das Secretarias de Saúde Municipal e Estadual, Pastoral da Saúde, Entidades Estudantis, Partidos Políticos, dentre outros. Esse encontro foi promovido pela Federação de Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro (FAMERJ) em articulação com o Sindicato dos Médicos, e outras entidades de saúde, dentre elas o Cebes.

Como desdobramento, em 1982 aconteceu o 2.º Encontro Popular pela Saúde. (BRASIL, 2005)¹⁷.

Outro fator importante foram eleições de 1982, com a vitória de Leonel Brizola para o governo do estado, Jamil Haddad foi indicado para prefeito da cidade. Este último possuía vínculos com o movimento social, mas que deixou o cargo alguns meses depois por discordâncias partidárias. Em 1986, foi eleito o primeiro prefeito pelo voto direto na cidade, Saturnino Braga, que tinha um histórico de lutas. Essa eleição mostrou que, naquele momento, havia maior politização da população carioca, resultante da mobilização e influência dos movimentos populares que fervilharam nos anos 80. (BRASIL, 2007)¹⁷.

Em meio a todos esses acontecimentos, a primeira conquista de participação institucional do movimento de luta pela saúde são os Grupos Executivos Locais (GEL's), embriões dos conselhos distritais (...). Esses grupos funcionavam como uma estrutura não centralizada e tinham como intento gerir e administrar o convênio das Ações Integradas da Saúde (AIS) com o Inamps. Compunham os GEL's: representantes das associações de moradores e diretores das instituições. (BRASIL, 2007)¹⁷.

Os GELs foram a primeira forma institucional do Controle Social no município, ocorrido no ano de 1984. Essas estruturas marcaram a participação popular nos espaços institucionais de decisão. Assim, é iniciada a construção de uma gestão democrática na saúde caracterizada pelo estabelecimento de novas bases de relação entre estado e sociedade. A partir dos anos 90, com todo o processo de regulamentação da Constituição de 1988 e com as Leis n.ºs 8.080 e 8.142, de 1990, começaram-se a implementar os Conselhos e Conferências de Saúde.

A criação do CMS-RJ se dá em julho de 1991, pela Lei Municipal n.º 1.746, de 23 de julho de 1991, através da convocação da I Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro que se constitui na estratégia fundante desse órgão deliberativo do setor saúde na esfera municipal.

17 – Estes trechos foram elaborados/extraídos a partir do texto gerado como produto do Projeto Políticas Públicas de Saúde – UERJ, coordenado pela Profa. Maria Inês Souza Bravo na publicação citada.

Recentemente, a referida Lei foi revogada, atualmente o CMS-RJ é regulamentado pela Lei 5104, do ano de 2009, que dispõe dentre outros assuntos e alterando as competências e a composição do CMS-RJ e dos CDS, como veremos a seguir.

5.3 Organização do CMS-RJ

A partir da Lei Municipal 5104/ 2009 e com base na Resolução 333/ 2003 do Conselho Nacional de Saúde foi elaborado o “novo” Regimento Interno do CMS-RJ, dando conta das significativas modificações estruturais e organizacionais que envolvem este colegiado, abordadas adiante.

O Regimento Interno do CMS-RJ, aprovado em 27 de setembro de 2010, possui como função estabelecer as normas de funcionamento e de organização da referida instância. Este documento reafirma o CMS-RJ como órgão colegiado e permanente do Sistema Municipal de Saúde e de caráter deliberativo, consultivo e fiscalizador sobre os temas de sua competência.

Entre as competências do conselho descritas no Regimento Interno, observa-se: poder decisório no planejamento da Política de Saúde; controle da execução de políticas aprovadas; participação na definição e no controle do orçamento de saúde; fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde; estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS; examinar contratos e convênios e deliberar sobre esses: aprovar, propor sua revisão ou mesmo rescisão; estabelecer normas para a implantação e o funcionamento dos CDS; supervisionar os CDS e criar mecanismos de cooperação e de intercâmbio entre esses.

Com relação às Entidades que compõem ou que venham a compor o CMS-RJ, houve um aumento na imposição das condições a essas: estar com seus atos constitutivos em conformidade com as normas do Código Civil Brasileiro e demais leis vigentes e constar em seus estatutos a atuação em todo território municipal. Além disso, os membros do CMS-RJ não poderão representar mais de uma Entidade; não poderão mudar de representação de Entidades durante o mandato em vigência; os conselheiros poderão exercer no máximo 2 (dois) mandatos ininterruptos; os suplentes não terão direito à voz ou voto quando o titular estiver no exercício da sua representação e o exercício das funções de membro do Conselho

Municipal de Saúde em hipótese alguma será remunerado. As Entidades e seus representantes terão mandato de 4 (quatro) anos a partir da nova composição do CMS que ocorrerá no início de 2012, anteriormente o mandato era de 2 (dois) anos.

Constituem-se como órgãos do CMS-RJ: Colegiado; Presidência; Secretaria Executiva; Comissão Executiva e Comissões e Grupos de Trabalho.

O Colegiado é o fórum de deliberação, configurado por reuniões ordinárias e extraordinárias. Compõem o colegiado todas as Entidades, através de suas representações titulares e ocasionalmente suplentes. As reuniões ordinárias ocorrem mensalmente (toda 2ª terça-feira do mês) e as extraordinárias quantas vezes forem necessárias. O quórum mínimo dos membros é determinado pela metade mais um nas reuniões ordinárias e de um terço de seus membros para as extraordinárias. As etapas das reuniões são constituídas por: a) aprovação da proposta de pauta do dia; b) apreciação de ata(s) anterior(es); c) deliberação de processos; d) assuntos do dia e e) informes gerais. Ainda referente ao colegiado, faz-se necessário destacar algumas nomenclaturas utilizadas nas plenárias:

- a) Questão de esclarecimento – requerida nos casos em que a matéria não for bem esclarecida, seja pela coordenação da mesa ou por quem ela tiver delegado a fazê-lo, só pode ser solicitada por membros do conselho.
- b) Questão de encaminhamento - quando a mesa está conduzindo mal uma questão, ou a quem ela tiver delegado a fazê-lo, só pode ser solicitada por membros do conselho.
- c) Questão de Ordem - solicitada quando se fere o regimento interno ou a pauta e a mesa avalia se procede, autorizando ou não a referida questão, só pode ser solicitada por membros do conselho.
- d) Proposta - indicação de ideia para ser apreciada e votada.
- e) Destaque - quando é exposto à proposta, pede-se e aguarda, que a mesa irá no final consultar o destaque.
- f) Adendo - intenção de inclusão na proposta apresentada.
- g) Intervenção - alguém que faz intervenção na fala de outro.
- h) Direito de fala quando mencionado - cabe à mesa conceder.
- i) Votação - a mesa conduz a proposta e pergunta se a plenária se encontra esclarecida para votar, e encaminha a votação, não podendo ser interrompida por qualquer questão.

- j) Informes - são pontos específicos de informação ao temático de saúde ou de interesse social, como por exemplo, reuniões e eventos, entre outros. São abertos ao público em geral.
- k) Assuntos Gerais - todo tipo de assunto, sempre bem objetivo, para cumprir o tempo estimado pela Plenária.
- l) Teto - marca o término da reunião.

A Presidência do CMS-RJ, até os dias atuais, compete ao Secretário Municipal de Saúde. A partir do próximo mandato, o presidente não será mais automaticamente o gestor municipal de saúde e sim eleito entre seus membros, por voto direto e secreto, obtido através da maioria absoluta de seus representantes.

A Secretaria Executiva possui como principal função assessorar o CMS-RJ, os CDS e as comissões e grupos de trabalho do CMS em assuntos técnicos e administrativos. E ainda, revisar a pauta e o registro das reuniões do CMS; convocar os membros do CMS para as reuniões; revisar e encaminhar para a publicação as deliberações do CMS e responsabilizar-se pelo expediente do CMS.

A Comissão Executiva possui 8 (oito) membros do CMS, de forma tripartite e paritária apresentando a seguinte composição: 4 (quatro) representantes do segmento dos usuários; 2 (dois) representantes do segmento dos profissionais de saúde e 2 (dois) representantes do segmento dos gestores/prestadores de serviço. Esta comissão é presidida pelo Presidente do CMS e constitui entre suas atribuições: coordenar as reuniões ordinárias e extraordinárias do Colegiado; tomar decisões, em casos de premente necessidade, diante da impossibilidade de reunir, de forma imediata, o quórum necessário para a decisão dos membros do Colegiado do CMS e posteriormente submeter essas decisões ao Colegiado para deliberação; analisar os documentos dirigidos ao CMS e propor os temas da pauta para as reuniões do Colegiado.

E finalmente, as Comissões e Grupos de trabalho possuem como finalidade a otimização, agilização das condutas do CMS e apreciação das questões referentes a cada tema, para proposição de soluções no que tange ao controle social em saúde. Essas comissões e grupos são compostos por conselheiros eleitos pelo colegiado.

5.4 Composição do CMS-RJ

O Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro teve composição paritária desde sua primeira gestão. No entanto, nos primeiros anos do CMS-RJ sua composição não constava com os 10 (dez) membros oriundos dos CDS. Com a Lei Municipal 2.627, de 8 de junho de 1998, foi preconizada a inclusão de um representante de cada CDS para integrar o CMS – aumentando a composição, na época, para 34 membros. Essa proposta, veio da Comissão de Saúde da Câmara de Vereadores com o intuito de possibilitar a articulação dos Conselhos Distritais de Saúde com o Conselho Municipal de Saúde.

A Lei n.º 5.104, de 03 de novembro de 2009, amplia ainda mais o quadro de composição do CMS, que passa a constar com 40 membros. De acordo com a referida Lei o CMS será composto por:

- a) dez membros indicados pelas entidades de atuação no âmbito Municipal, representantes do segmento dos usuários do SUS;
- b) dez membros indicados pelas entidades de atuação no âmbito Municipal, representantes do segmento dos profissionais de saúde do SUS;
- c) dez membros indicados pelo segmento dos gestores/prestadores de serviços do SUS;
- d) dez membros do segmento dos representantes dos usuários do SUS, indicados por cada um dos dez Conselhos Distritais de Saúde.

A escolha dos membros dispostos nos itens “a”, “b” e “c”, se dá nas Conferências Municipais de Saúde, exceto para os representantes dos Gestores, total de quatro membros, que serão indicados pela SMSDC, através do Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil. A escolha dos membros dispostos no item “d” se dá em reuniões plenárias dos Conselhos Distritais, especialmente convocadas para este fim, no prazo máximo de trinta dias posteriores à nomeação dos membros do Conselho respectivo.

Cabe ressaltar que o Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro comporá o CMS, e a Comissão Executiva, como um dos membros indicados pelos Prestadores Públicos de Serviços de Saúde do SUS. A seguir, são apresentadas as entidades que compõem o CMS-RJ.

Quadro 3 - Composição do Conselho Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro (2010-2011)

USUÁRIOS		PROFISSIONAIS DE SAÚDE		GESTORES/ PRESTADORES DE SERVIÇO	
ENTIDADE	N°	ENTIDADE	N°	ENTIDADE	N°
Federação das Associações de Favelas do Estado do Rio de Janeiro - FAFERJ	01	Sindicato dos Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro - SASERJ	01	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil -SMSDC	04
Associação de Movimentos dos Renais Vivos e Transplantados do Estado do Rio de Janeiro - AMORVIT- RJ	01	Sindicato dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem do Rio de Janeiro – SATEMRJ	01	Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde no Estado do Rio de Janeiro - SINDHERJ	01
Associação de Parentes e Amigos de Pessoas com Alzheimer, Doenças Similares e Idoso Dependentes - APAZ	01	Sindicato dos Enfermeiros do Município do Rio de Janeiro - SINDENFRJ	01	Centro de Apoio ao Movimento Popular da Zona Oeste (CAMPO)	01
Grupo Unidos de Apoio aos Portadores de Hepatite C (HCV)	01	Sindicato dos Farmacêuticos do Estado do Rio de Janeiro - SINFAERJ	01	Federação das Misericórdias e Entidades Filantrópicas e Beneficentes do Estado do Rio de Janeiro	01
Vivendo de Desenvolvimento Integral da Terceira Idade	01	Sindicato dos Fonoaudiólogos do Estado do Rio de Janeiro - SINFERJ	01	Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação - ABBR	01
Federação das Associações de Moradores do Município do Rio de Janeiro - FAM-RIO	01	Sindicato dos Médicos do Município do Rio de Janeiro - SINMED	01	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO	01
Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais	01	Sindicato dos Psicólogos do Estado do Rio de Janeiro –	01	Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ	01

do Brasil - AFDM		SINDPSI			
Associação Carioca de Diabéticos – ACD	01	Associação dos Funcionários do Hospital de Cardiologia Laranjeiras - ASEHL	01	—	—
Federação das Associações dos Aposentados e Pensionistas do Estado do Rio de Janeiro – FAAPERJ	01	Associação dos Funcionários do Instituto Nacional do Câncer - AFINCA	01	—	—
Instituto Afro Brasil Cidadão - IABC	01	Associação dos Servidores do PAM Del Castilho - ASPADEL	01	—	—
Total	10	Total	10	Total	10

Fonte: Decreto "P" Nº 015 de 6 de Janeiro de 2010.

Ao se agrupar as entidades que possuem representantes no CMS-RJ segundo sua natureza, é possível perceber a seguinte configuração: associações de moradores (2); sindicatos profissionais (7); outras associações trabalhistas (1); associações de unidades públicas de saúde (3), sindicato de unidades privada de saúde (1); movimentos de idosos (1); movimentos étnico-raciais (1); associações de portadores de patologia (5); portadores de necessidades especiais (1); entidade de assessoria aos movimentos comunitários (1); entidade filantrópica (1) entidade de ensino (2) e CDS (10), além da própria SMSDC.

5.5 Perfil dos conselheiros

Para descrição do perfil dos conselheiros do CMS-RJ, foram utilizadas as seguintes variáveis: idade, sexo e escolaridade. Do total de 40 conselheiros, pode se dizer que de modo geral, a grande maioria dos conselheiros encontra-se na faixa etária entre 40-64 anos, com 31 membros (77,5%). Apenas um (1) conselheiro enquadra-se na categoria de < 40anos, é o membro mais jovem (39 anos). Entre os que possuem idade ≥ 65 situam-se oito conselheiros (20%), sendo que o mais idoso possui 88 anos.

Tabela 2 – Distribuição dos conselheiros por faixa etária

Faixa etária	Frequência	%
35 a 39 anos	1	2,5
40 a 44 anos	4	10
45 a 49 anos	6	15
50 a 54 anos	7	17,5
55 a 59 anos	8	20
60 a 64 anos	6	15
65 a 69 anos	1	2,5
70 a 74 anos	0	0
75 a 79 anos	2	5
80 a 84 anos	2	5
85 a 89 anos	3	7,5
Total	40	100

Fonte: elaborado a partir das fichas cadastrais dos conselheiros no CMS-RJ

Há predominância do sexo masculino, com 25 homens (62,5%) em comparação com as 15 mulheres (37,5%).

Tabela 3 - Distribuição dos conselheiros por gênero

Sexo	Frequência	%
Feminino	15	37,5
Masculino	25	62,5
Total	40	100

Fonte: elaborado a partir das fichas cadastrais dos conselheiros no CMS-RJ

Quanto à escolaridade, 26 conselheiros possuem ensino superior (65%), destes, apenas um (1) foi descrito como incompleto (\equiv 4%); no entanto sete (\equiv 15%) possuem pós-graduação *lato sensu*, na modalidade especialização; e dois (\equiv 7%) pós-graduação *stricto sensu*, na modalidade doutorado. Com ensino médio contabilizam dez conselheiros (25%), destes, apenas um (1) como incompleto (10%). E com relação ao ensino fundamental apenas quatro conselheiros (10%), nenhum incompleto.

Tabela 4 – Distribuição dos conselheiros por escolaridade

Escolaridade	Frequência	%
Ensino Fundamental	4	10
Ensino Médio	10	25
Ensino Superior	26	65
Total	40	100

Fonte: elaborado a partir das fichas cadastrais dos conselheiros no CMS-RJ

Os conselheiros com ensino superior se concentram no segmento dos gestores/prestadores de serviço e dos profissionais de saúde, entre esses apenas um (1) possui ensino superior incompleto e entre aqueles dois com ensino médio, um (1) completo e um (1) incompleto. No segmento dos usuários, oito possuem o ensino superior, mesma proporção de pessoas com ensino médio e quatro com ensino fundamental, ou seja, todos os conselheiros com ensino fundamental inserem-se no segmento dos usuários.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Reuniões e perspectiva geral do CMS-RJ

Considerou-se apropriado introduzir neste capítulo uma visão geral de alguns aspectos do ambiente comunicacional e funcional do CMS-RJ para caracterizar melhor o nosso objeto de estudo, como o espaço físico onde são realizadas as reuniões; as pessoas presentes (conselheiros e não conselheiros), a estruturação e as dinâmicas das atividades realizadas durante as plenárias em que se observaram os processos deliberativos.

As reuniões do colegiado do CMS-RJ costumam ocorrer na segunda terça-feira de cada mês, período da tarde com início às 14 horas, no Auditório Meri Baran nas dependências da SMSDC-RJ.

O corredor que dá acesso ao auditório é composto por divisórias de vidro, formando uma espécie de aquário, possibilitando, desta forma, a visualização do auditório para quem está no corredor e vice-versa. Nesse mesmo corredor há uma pessoa que solicita a assinatura do livro de presença por todos (conselheiro titular, conselheiro suplente, convidado ou observador, uma vez que as reuniões são abertas ao público), antes de entrar no auditório. Os conselheiros assinam também uma lista de frequência à parte, para verificação de quórum. A respeito, o quórum é estabelecido pela presença mínima de metade mais um (1) dos seus membros.

O auditório é amplo, porém há momentos em que não comporta todas as pessoas sentadas. Na sua parte central localiza-se a mesa coordenadora da reunião, membros da comissão executiva do conselho; no canto direito são os lugares reservados para os assessores que vão prestar suporte técnico a algum palestrante; os demais conselheiros localizam-se na plateia entre os observadores, este fato propicia uma interação, troca de percepções entre os mesmos.

Próximo à porta de saída encontra-se uma mesa de café, observado como ponto estratégico durante toda a plenária. Na lateral direita localiza-se um espaço reservado para convidados e assessores.

Apesar dos conselheiros se tratarem de adultos e de idosos, visto que o mais novo possui 39 anos e o com mais idade 88 anos, o restante do público se mostrou bem heterogêneo, presença de idosos, adultos e de jovens, homens e mulheres. A

expressiva presença de estudantes chama a atenção, em alguns momentos observa-se presença de grupos de alunos acompanhados por professores. Supõe-se que a presença destes possa ser associada a uma aula “prática” de controle social, uma vez que a todo o momento o professor presta esclarecimentos sobre o que está ocorrendo, o porquê e suas impressões.

Os conselheiros são identificados por um crachá numerado, o qual é utilizado durante a votação.

Não há um critério bem definido quanto à distribuição da pauta, algumas vezes é fornecida para todos os presentes, outras vezes apenas para conselheiros.

A ordem das atividades na reunião é a seguinte: inicia-se com a aprovação da pauta do dia; na sequência, deliberação da ata de reunião anterior (com intervalo de três meses ou mais); deliberação sobre itens da pauta que representam a ‘ordem do dia’, primeiramente os processos, depois outros assuntos; e finalizando a reunião os informes da mesa, dos conselheiros e das pessoas presentes.

A apreciação da pauta consiste numa pré-discussão, pois teoricamente não se configura como ponto de pauta, ainda.

A primeira deliberação da reunião ordinária, refere-se à aprovação ou não da ata de reunião anterior. A elaboração da ata compreende os períodos de transcrição, revisão e divulgação. Normalmente esse processo é estimado em três meses ou mais.

A ‘ordem do dia’ segundo o Regimento Interno consiste nas exigências de obrigações legais em relação aos temas básicos aprovados pelas conferências de Saúde, do Plano Municipal de Saúde, do Colegiado, dos produtos das comissões e das indicações da Comissão Executiva.

Após a aprovação da ata nós entramos nos pontos que são segundo o regimento são os pontos de obrigação, né? Obrigação que nós temos com relação à legislação. Quais são as primeiras obrigações que nós temos? Processos de convênio, de contrato e aí depois entram os pontos de acordo com a ordem de importância, né? (ENTREVISTA 1, CONSELHEIRO SEGMENTO- GESTOR).

A ordem na pauta dos temas a serem deliberados é determinada por razões mais práticas e operacionais na visão deste outro conselheiro, que também é membro da Comissão Executiva:

Geralmente nós botamos na pauta em primeiro lugar as coisas que são mais rápidas [...] e as partes mais demoradas ficam mais pra depois. Só que o ser humano de modo geral discute mais o que atinge ele mais diretamente, né? Não atendendo ele, ele deixa pra segundo plano. (ENTREVISTA 7, CONSELHEIRO SEGMENTO- USUÁRIO).

Quando questionado se essa organização e ordem de apresentação dos temas na pauta constituía uma regra, o mesmo conselheiro a confirma como uma estratégia a fim de manter o quórum mínimo.

Também é uma regra senão fica um número muito reduzido [risos] (ENTREVISTA 7, CONSELHEIRO SEGMENTO- GESTOR).

Com relação aos informes, não cabe votação nem discussão e só podem proferidos pela mesa, conselheiros ou demais presentes mediante à inscrição prévia, no início da reunião.

A primeira reunião observada que integra a análise desta pesquisa é referente ao dia 13/7/2010, apresentada a seguir.

Quadro 4 – Reunião Ordinária do CMS-RJ de 13/07/2010

Síntese Reunião Ordinária do CMS-RJ – Data: 13/07/2010	
Itens da pauta	Observações
1) Deliberação para aprovação da ata de 13 de abril de 2010;	Aprovada sem ressalvas.
2) Deliberação para aprovação do processo: 09/010051/2008 (Nefroclin – Chamada Pública - 001/2008 – 2ª Fase);	Aprovado. Após as etapas de visita e aprovação no CDS de origem, o processo foi encaminhado para a Comissão Executiva do CMS-RJ, por lá também foi aprovado e finalmente encaminhado para a plenária para votação.
3) Apresentação de proposta do Plano de Ação Municipal – eixo de ação ao ciclo de vida adulto/homem;	Aprovado. Segundo a palestrante, estaria sendo planejada a implantação da Política de Atenção ao Homem através de seminários, Sendo o mês de agosto previsto para o lançamento oficial da política.
4) Apresentação de proposta para capacitação de conselheiros;	Aprovado. Segundo a responsável pela apresentação, a proposta de capacitação teria sido elaborada em várias reuniões entre os conselheiros do grupo da Câmara Técnica de Educação Permanente, tendo como base um trabalho feito pela SES de Salvador através do projeto MobilizaSUS, aprovado pelo CNS.

5) Distribuição e esclarecimentos da Proposta de Regimento Interno do CMS;	A Comissão Regimental elaborou uma proposta de Regimento para ser estudada pelos conselheiros, sugestões deveriam ser encaminhadas em até 20 dias e entregue na Secretaria Executiva do CMS-RJ para que fosse analisada pela comissão. Aquelas propostas que se adequassem, seriam imediatamente incorporadas ao Regimento e colocadas, posteriormente, para votação do colegiado em reunião extraordinária específica.
6) Documentação das Entidades do CDS AP 1.0 e indicação de membros do CMS para acompanhar eleições de Profissionais de Saúde na Área de Planejamento – 1.0.;	A Comissão Executiva da AP1 teria encaminhado um ofício para a Comissão Executiva do CMS-RJ relatando ausência da documentação das entidades do CDS da AP 1. De acordo com o ofício a presidente anterior do CDS ao deixar o cargo, não teria passado para a nova executiva a documentação das entidades.
7) Escolha de 1(um) representante para a Comissão Intersetorial de Acompanhamento do Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa da Criança e do Adolescente a Convivência Familiar e Comunitária da Cidade do Rio de Janeiro;	Apenas 1 conselheiro se candidatou e, conseqüentemente, seu nome foi aprovado. A comissão executiva não indicou nenhum nome para esta função.
8) Escolha de 1(um) membro do CMS para participar do Comitê Municipal de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna;	Aqui, diferentemente do item anterior, houve indicação da comissão executiva (titular e suplente) e como não ocorreu nenhuma outra candidatura foi aprovada a indicação.
9) Informes.	Os informes são concedidos à todos os presentes, desde que se inscrevam previamente (antes do início da sessão). Conteúdos dos informes: evento; denúncias; manifestações de apoio; elogio à serviço de saúde específico; sensibilização do CMS-RJ a respeito da dengue; Repúdio ao projeto das OS e solicitação para que os e-mail enviados a Comissão Executiva fossem repassados aos demais conselheiros.

Após aprovação da pauta do dia, da ata de 13 de abril de 2010 e das deliberações sobre os processos, como de praxe, deu-se prosseguimento com a apresentação da proposta de capacitação dos conselheiros. Houve uma inversão entre os itens '3' e '4' da pauta devido ao atraso de um técnico da Subsecretaria de Atenção Primária da SMSDC-RJ responsável pela apresentação da Proposta do Plano de Ação Municipal referente ao eixo de ação do ciclo de vida adulto/homem.

De acordo com a responsável pela apresentação, a proposta de capacitação dos conselheiros pretende utilizar a metodologia da educação permanente que se dá através da experiência de construção coletiva de conceitos e de problematização. A aprovação do programa de capacitação dos conselheiros se deu por consenso, o

que dispensou a votação. No entanto, um conselheiro destoa dos demais ao expressar sua opinião sobre a capacitação, na sua visão a capacitação induz o estabelecimento de consensos, o que acarretaria um enfraquecimento das discussões, o debate ficaria mais “pobre”, pois as opiniões tenderiam a se homogeneizarem.

Provavelmente, essa fala se refere ao segundo eixo temático da capacitação que aborda o “controle social e SUS”, de acordo com a ata dessa reunião, esse eixo objetiva esclarecer

sobre os diversos olhares e os diferentes atores; este tema busca, através de alguns exercícios, trabalhar e construir as necessidade que um Conselho só pode construir com diferentes olhares, em busca de uma resposta que seja comum a todos, o que no caso do Conselho de Saúde seria o olhar do profissional de saúde, do usuário e do gestor, **sendo necessário haver uma pactuação entre esses olhares** e não o entendimento de que apenas um deles seja o melhor. (ATA DA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CMS-RJ DE 13/7/2010 – grifo nosso)

Considerando que o conselho de saúde é um espaço institucionalizado da participação social em saúde; considerando também que este espaço é uma arena de lutas e forças determinada por interesses de diversas naturezas que se opõem: “públicos, privados, corporativos, coletivos, individuais” (CORREIA, 2000, p. 64); e considerando ainda que “o debate é a expressão da pluralidade e uma forma de ação e de esforço para a emergência do que é público” (OLIVEIRA, 2004, p. 66) é possível perceber uma nítida contradição entre o potencial conflituoso desse espaço com o caráter prescritivo (estabelecer consensos) dessa abordagem revelado nesse eixo. A “pactuação entre olhares” como descrito acima, na ata, de fato não reflete a natureza conflituosa desse espaço e de certa forma soa como uma tentativa de “domesticação” dos conselheiros.

A percepção desse desencontro torna mais aparente as relações de poder inseridas nessa instância. Como qualquer outro conselho de saúde, as relações de poder ali se manifestam e se expressam pluralmente por meio dos processos comunicacionais. Isto nos leva a considerar que o exercício da participação e do controle social se sustenta em um ambiente capaz de permitir aos atores sociais que ali atuam, interpretem e atribuam novos sentidos ao que está sendo discutido, como sugere Oliveira:

os indivíduos são capazes de transformar determinados estímulos informacionais e comunicacionais em formas cognitivas tanto para conhecer a realidade que os cerca quanto para agir sobre ela, o que gera uma forma particular de percepção sobre os acontecimentos que ocorrem nesse ambiente. (OLIVEIRA, 2004, p. 66).

Essa é uma condição inerente a esses espaços porque permite aflorar a diversidade de opiniões e intenções, que caracterizam os conselhos de saúde como espaços fundamentalmente democráticos. Nesse sentido, é fácil perceber porque a maioria das deliberações ocorre por votação e não por consenso no CMS-RJ, como confirma um conselheiro durante uma entrevista.

Normalmente é feito votação porque você não tem como, é muito difícil você apurar um consenso quando tem muita gente, né? Então se faz logo votação, porque normalmente delibera sobre tudo através do voto. (ENTREVISTA 1, CONSELHEIRO SEGMENTO- GESTOR).

A segunda apresentação, referente ao plano de ação municipal para a implementação da Política Nacional de Saúde do Homem, foi feita e sustentada com base em dados epidemiológicos sobre morbidade, mortalidade e procura por serviços de saúde entre os homens, em relação às mulheres. Nessa apresentação foram elencados alguns eixos para a implantação dessa política seguindo a diretriz dada pelo plano nacional, entre esses se destaca a o investimento “na promoção da saúde, informação e comunicação”, no entanto não foi revelado como isso se daria. O investimento na comunicação e informação é um reflexo de uma Política Nacional de Saúde voltada para essas áreas, evidenciadas em eixo específico na 12ª Conferencia Nacional de Saúde.

O Conselho Nacional de Saúde, instância máxima de deliberação no SUS, vem pautando, nos últimos anos, discussões de temáticas sobre a informação e comunicação em saúde. Apesar de Conferências Nacionais de Saúde anteriores, mais precisamente 10ª e 11ª, apontarem a necessidade de uma discussão mais aprofundada sobre essa temática foi na 12ª Conferência Nacional de Saúde, que a Informação e a Comunicação em Saúde foram discutidas em um eixo próprio (décimo), o que permitiu apontar propostas importantes para a área e iniciar uma discussão mais ampla sobre a questão (SILVA; CRUZ & MELO, 2007).

No eixo X da 12ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2004), ficou definido, entre outros aspectos, que o Conselho Nacional de Saúde deverá definir

estratégias para deliberação e implementação de políticas articuladas de informação e comunicação na perspectiva de dar maior visibilidade para as diretrizes do SUS, a Política de Saúde, as ações e a utilização de recursos no sentido de ampliar a participação e o controle social.

Já o tema a ser deliberado pelo CMS-RJ (plano de ação municipal referente à Política Nacional de Saúde do homem) e as informações disponibilizadas pela apresentação motivaram o debate, despertando interesse de forma geral. Devido à quantidade de questionamentos e dúvidas a conselheira do segmento-gestor, e também Subsecretária Geral da SMSDC-RJ, que coordenava a reunião (em substituição ao Presidente do CMS-RJ e também Secretário Municipal de Saúde e defesa Civil) pediu que aqueles que ainda tivessem dúvidas pedissem um esclarecimento pessoalmente à palestrante, alertando, que foi feito um encaminhamento de proposta para o plano de trabalho para ser realizado em conjunto. A proposta para a implementação da Política Nacional de Saúde do Homem no município foi colocada para votação, obtendo aprovação.

Em seguida, foi distribuída a nova proposta de Regimento Interno do CMS-RJ, que tomou como base a Lei 5104/2009 e realizadas orientações quanto aos procedimentos para proposta de alteração deste documento, já em fase final.

Posteriormente, foram realizadas eleições entre os conselheiros para integrar respectivamente uma comissão intersetorial e um comitê temático da saúde. Um aspecto que chamou a atenção neste item é que a comissão executiva possui a prerrogativa de indicar nomes entre os conselheiros. No primeiro caso não houve indicação e apenas um conselheiro se candidatou; já no segundo houve indicação, contudo não houve candidatura no plenário, o que fez com que os indicados ocupassem automaticamente essa função. A rotina de indicar nomes por parte da comissão executiva para as mais variadas atividades e funções pode inibir qualquer manifestação espontânea de candidatura, uma vez que os conselheiros que compõem a comissão executiva possuem uma liderança estabelecida com o restante do grupo, como apontado abaixo:

A comissão executiva representa a liderança do colegiado, normalmente, né? Então eles têm, exercem uma certa liderança e as pessoas costumam ir muito pelo que eles falam. (ENTREVISTA 1, CONSELHEIRO SEGMENTO-GESTOR).

Essa liderança se manifesta por meio do poder de decisão e de indução. Ao poder de decisão refere-se a elaboração da pauta; apreciação prévia de um tema (credenciamento, descredenciamento, habilitação, entre outros); indicação do tempo para o debate na reunião do colegiado; indicação de nomes de para composição da mesa coordenadora das reuniões do conselho e também para composição das mais diversas comissões temáticas e grupos de trabalho. Cabe ressaltar que cada comissão temática ou grupo de trabalho deverá constar pelo menos um (1) membro da Comissão Executiva.

Nós estabelecemos uma regra na comissão executiva já no início do ano, de que todas as comissões temáticas teriam no mínimo um membro da comissão executiva. Para que esses grupos de trabalho tenham assim... vida orgânica, pra facilitar o fluxo tanto de infraestrutura, de recursos e de própria dinâmica das reuniões. (ENTREVISTA 5, CONSELHEIRO SEGMENTO- GESTOR).

Já o poder de indução, refere-se à influência dos membros dessa comissão sobre os demais conselheiros, pois atuam como formadores de opinião dentro do conselho: são sempre os primeiros a se manifestar, introduzir elementos novos na discussão, assim como hábeis em desviarem o foco. Constituem-se, também, como autores da maioria das propostas colocadas em votação durante a plenária, ou seja, além da consolidação das propostas que é uma função da mesa coordenadora, são eles que elaboram grande parte das propostas encaminhadas para deliberação.

Com relação aos informes, estes devem ser inscritos antes da sessão ser iniciada e não são restritos apenas a conselheiros, são abertos para o público em geral. Durante o período de informes, entre outros assuntos, foram realizadas duas denúncias. A primeira sobre a desapropriação do terreno onde funciona uma Organização Não Governamental – ONG para instalação de uma unidade da Clínica da Família no bairro de Pilares. Essa denúncia foi realizada pela própria presidente e causou uma manifestação coletiva de apoio entre os presentes.

A segunda é referente às ameaças sofridas por uma pessoa que não faz parte do CMS-RJ, mas que frequenta regularmente as reuniões e que assina colunas em um jornal intitulado 'Vitrine Zona Oeste' (ANEXO C), de publicação mensal e que aborda assuntos diversos, como utilidade pública, saúde e bem-estar, religião, política e saúde. De acordo com essa pessoa, o motivo das ameaças (que não são especificadas quanto à sua autoria) seriam denúncias veiculadas nesse jornal de

irregularidades no SUS e críticas severas a atual gestão da SMSDC-RJ, como uma forma de retaliação, a fim de impedir a sua publicação. É bom ressaltar que o 'Vitrine Zona Oeste' foi distribuído no início da sessão e não apenas neste dia, em outras reuniões do conselho.

De certa forma, a distribuição de impressos com caráter de protesto é uma prática comum no CMS-RJ. Há, também, o 'Pela Saúde – Boletim Informativo do Projeto Políticas Públicas de Saúde', da Faculdade de Serviço Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ, coordenado pela Prof. Dr^a Maria Inês Bravo. Esse boletim além de publicar, explicitamente, matérias contra as Organizações Sociais de Saúde – OSs traz ainda uma agenda mensal da reunião do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro (UERJ), além de outros eventos como seminários, reuniões, cursos e atos públicos.

A segunda reunião analisada, que ocorreu no mês de novembro de 2010, apesar da pauta ter se apresentado mais “enxuta” em comparação com a anterior, foi extremamente conturbada, devido à discussão de acontecimentos que envolviam o Hospital Pedro II, que ocupou a maior parte da reunião. Outro destaque ficou por conta da presença de um representante da Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro – SESDC-RJ, além do Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil, com a finalidade de prestar esclarecimentos sobre a reabertura do Hospital, agora municipalizado, e sobre o destino dos servidores públicos estaduais que lá exerciam suas atividades funcionais.

Quadro 5 – Reunião Ordinária do CMS-RJ de 09/11/2010

Síntese Reunião Ordinária do CMS-RJ – Data: 09/11/10	
Itens da pauta	Observações
1) Deliberação para apreciação das atas de 10/08/2010 e 24/08/2010;	Aprovadas as duas atas.
2) Deliberação para apreciação dos processos: 09/002679/10 (credenciamento Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do INCA); 09/014076/08 (Hospital Universitário Gaffrée e Guinle-HUGG, credenciamento e habilitação como Centro de Referência em Oftalmologia); 09/002452/10 (HUPE, credenciamento do Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos Endovasculares Extracardíacos);	Aprovados todos os processos de credenciamento.

3) Hospital Estadual Pedro II;	Esclarecimentos; debate e votação de propostas a respeito dos acontecimentos que envolvem o Hospital Estadual Pedro II. Este item da pauta produziu 06 propostas, todas aprovadas.
4) Informes.	Solicitações públicas dirigidas ao Gestor Municipal referentes à determinadas APs ou à unidades de saúde específicas, mais os eventos deram o tom aos informes desta reunião.

O primeiro ponto desta pauta trata-se da apreciação de duas atas anteriores, referente à reunião ordinária de agosto (10/8/2010) e da reunião extraordinária ocorrida no mesmo mês (24/8/2010). Novamente é registrado um período de três meses no trâmite que envolve as atas desde a elaboração, distribuição e a deliberação sobre esta. Como se pode observar é um processo longo e demorado.

A elaboração das atas é feita por meio da gravação do áudio das reuniões e a transcrição é responsabilidade da secretaria executiva do CMS-RJ. Para essa etapa são estabelecidos alguns critérios pela própria secretaria como identificar a pessoa que está falando e se possível o segmento que representa, no caso de ser conselheiro; e realizar pequenas correções gramaticais, que não alterem o sentido do texto.

As atas são transcritas. A única coisa que a gente depura é, por exemplo, dar uma corrigida no português, as pessoas normalmente falam com muito erro, né? Isso é normal, a própria linguagem coloquial, é normal. [...] Então a gente procura corrigir alguma coisa [...] e ainda assim aqueles que tenham dúvida tem acesso à gravação pra ouvir se falaram ou não falaram aquilo que tá escrito. (ENTREVISTA 1, CONSELHEIRO SEGMENTO - GESTOR).

De modo geral, os conselheiros consideram que há transparência nesse processo.

Às vezes tem algum detalhe ou outro, mas é difícil fazer a alteração da ata, porque eles gravam tudo e qualquer coisa que se fale eles pedem pra que se fale no microfone, porque está sendo gravado, é através dessa gravação que eles vão fazer a elaboração da ata, entendeu? Então, não costuma ter emenda, eles fazem realmente bem direitinho isso. (ENTREVISTA 2, CONSELHEIRO SEGMENTO - PROFISSIONAL).

Assim que é concluída, período que leva cerca de dois meses, a ata vai direto para o colegiado para ser distribuída para os conselheiros, ela não passa pelo crivo da comissão executiva. Vale ressaltar que nesse momento as atas são apenas

distribuídas (não há deliberação aqui) para que os conselheiros possam levar para casa e realizar uma leitura atenta e cuidadosa sobre o que está escrito, fazer apontamentos e observações, e no caso de querer modificar algo no texto, ela volta para a secretaria executiva que irá julgar se é pertinente ou não.

Na próxima reunião ordinária, ou seja, um mês após ser distribuída ou três após ser transcrita é que ela será inserida como ponto de pauta para deliberação do colegiado.

A ata normalmente vem assim de duas três reuniões atrás eles te fornecem a ata dessa reunião pra você levar pra casa, pra você ver se tem alguma alteração a fazer e na outra reunião é que você vai aprovar essa ata. (ENTREVISTA 2, CONSELHEIRO SEGMENTO - PROFISSIONAL).

No entanto nem todos os conselheiros percebem esse processo da mesma forma, alguns afirmam que a ata a ser deliberada refere-se a mesma que foi distribuída momentos antes.

Eles só te dão a ata na hora ali, quando você tá entrando na plenária que você recebe a ata. [...] Dão, mas no dia. Agora você imagina isso tudo pra saber se tá certo ou se tá errado em cima da hora. É complicado, é complicado. (ENTREVISTA 3, CONSELHEIRO SEGMENTO - PROFISSIONAL).

Essa é uma coisa que eu nunca entendi. Isso é uma coisa que eu acho errado. (ENTREVISTA 4, CONSELHEIRO SEGMENTO - USUÁRIO).

Ao observar essa divergência apontada por conselheiros, procurou-se verificar o que ocorre de fato. Constatou-se que as atas que são entregues não são as mesmas a serem deliberadas. Mas como pode haver então percepções tão divergentes? Esse fato pode indicar que, talvez, alguns conselheiros não se preocupam em ler as mesmas e conseqüentemente não se preocupam com a deliberação sobre elas.

Assim como as atas, os processos também possuem um fluxo. Os processos podem ser: convênios, contratos, credenciamento/descredenciamento de algum serviço junto ao SUS, são demandas oriundas da própria SMSDC-RJ, mais precisamente da Superintendência de Regulação de Controle e Avaliação – SURCA.

Ao chegarem ao CMS-RJ, eles são separados por AP de acordo com a respectiva área do processo e enviados para o CDS correspondente. No CDS os processos são analisados e realizadas as visitas de fiscalização a fim de fornecer o parecer do CDS, que pode ser favorável ou não. Esse parecer é levado então para a reunião do colegiado do CDS, que pode, também, ser aprovado ou reprovado. Do CDS o processo retorna para o CMS-RJ, onde a secretaria executiva o disponibiliza para a comissão executiva que irá avaliar o resultado e atribuir o parecer da comissão, encaminhando para a reunião do colegiado com indicação de aprovação ou não.

O conselho distrital dá o parecer inicial, é... sim ou não, não importa, se for não... ele volta pra superintendência para ser avaliado, a SURCA, né?[...] e se for sim, ele vem para o conselho Municipal, para a secretaria executiva e a secretaria executiva leva para a comissão executiva, aí nós oito nos reunimos e avaliamos. Se a nossa... nossa opinião for igual ao do conselho distrital, ótimo, vai pra plenária. Se não for, a gente tem o poder de reconduzir o processo para outro lugar, ou para a superintendência ou para o próprio conselho para avaliar uma coisa que não foi avaliada, porque acontece isso, né? É... eu só vi isso acontecer duas vezes, né? Da gente ter um parecer diferente do conselho distrital. (ENTREVISTA 5, CONSELHEIRO SEGMENTO - GESTOR).

Essa avaliação inicial sobre o processo por parte do CDS deve-se por uma questão de deslocamento físico e de atuação mais rápida, mas ao mesmo tempo revela uma visão fragmentada do município, considerando que as APs possuem suas especificidades. Por exemplo, um serviço de saúde pode não ser tão interessante para uma AP que possui uma extensa rede de serviços como a AP1, mas ser fundamental para o município como um todo e principalmente por se tratar de uma região central. De toda forma, o retorno desse processo para o CMS-RJ permite reavaliar o parecer inicial adequando as necessidades do município e não, somente, da AP correspondente.

O terceiro ponto da pauta refere-se ao debate sobre o Hospital Pedro II que sofreu um incêndio no dia 14 outubro de 2010, culminando em seu fechamento e posteriormente no processo de municipalização. Esse hospital, anteriormente sob a gestão estadual, localiza-se na Zona Oeste do Rio de Janeiro, no bairro de Santa Cruz. Segundo reportagens da época o fogo teve início no transformador da rede de energia elétrica, que ficava no subsolo do prédio, e ficou restrito a apenas este setor (O GLOBO *ONLINE*, 14/10/2010).

O incêndio neste hospital é apenas o pano de fundo para uma discussão bem mais ampla, que são as Organizações Sociais na Saúde – OSs, ponto crítico de discórdia dentro do conselho e motivador de diversos confrontos e manifestações, que será aprofundado mais adiante.

O debate referente ao Hospital Pedro II foi extremamente vigoroso, permeado por reações mais exaltadas, que incluíram suspeitas de um possível incêndio criminoso, e até por agressões físicas.

Inicialmente foram apresentados os quatro convidados a discursar: pela SESDC-RJ, Dr. Carlos Eduardo; pela SMSDC-RJ, Dr. Hans Dohmann; pelos Profissionais de Saúde, Sr. Kaiser e pelos Usuários, Sr. Anísio, com dez minutos de fala para cada um. Todas as pessoas presentes tiveram direito a voz, mas apenas os conselheiros puderam fazer propostas, de acordo com o Regimento Interno do CMS-RJ.

O representante da SESDC-RJ foi o primeiro a discursar. Ele iniciou informando que o incêndio sofrido pelo hospital comprometeu toda a parte elétrica, além dos transformadores, e grande parte das instalações hidráulicas do pavimento subterrâneo, que, ainda, estavam aguardando os laudos do Instituto de Criminalística Carlos Éboli e do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro, e que, portanto, não tinham conhecimento das causas do incêndio. Relatou que antes de acontecer a tragédia, a SESDC-RJ possuía a intenção de que o Hospital Pedro II fosse um centro de trauma da respectiva Secretaria, mas que, após o incidente, o Governador e o Prefeito decidiram pela sua municipalização.

Em seguida, o representante dos funcionários do Hospital Pedro II, passou a palavra para o Presidente da Associação dos Funcionários do Hospital Pedro II, Sr. Humberto Mesquita; que informou que com o fechamento do hospital, o Hospital Rocha Faria estava sendo sobrecarregado: não possuía estrutura e espaço físico para acomodar os funcionários e os pacientes encaminhados para lá; e demonstrou interesse de construir um meio-termo com a SMSDC-RJ, mantendo o hospital aberto e adiando a discussão sobre questão da gestão dessa unidade hospitalar.

O próximo a se colocar foi o representante dos usuários, que afirmou que não se justificava esse fechamento, e atribuiu esse fato à uma manobra da SMSDC-RJ e SESDC-RJ devido ao surgimento das OSs para que o Hospital Pedro II fosse entregue à iniciativa privada. Ressaltou que até hoje não tinham notícia sobre as causas do incêndio; e finalizou, reiterando que queriam a reabertura do Hospital

Pedro II, porque se havia pessoas lá dentro o dia inteiro com as luzes acesas poderia ser feitas algumas adaptações, como o segundo andar funcionar como emergência, por exemplo.

Por último discursou o Secretário Municipal de Saúde, na sua fala ele afirma que um hospital que acabou de passar por um incêndio não pode ficar sem um processo de recuperação, a fim de que se possa atingir a qualidade desejada tanto por usuários e quanto profissionais de saúde; assegurou que o hospital será reaberto e que no seu entendimento a municipalização desse hospital seria uma oportunidade de estender os serviços de urgência/emergência municipais na Zona Oeste; que tem sido uma prioridade em sua gestão. Disse que o compromisso da Secretaria era realmente assumir e entregar o hospital com um padrão de qualidade superior ao anterior. E assegurou, ainda, que um hospital municipal que se relacione diretamente com a Rede, irá proporcionar os “100% de cobertura na Atenção Básica na AP-5.3”; e que dessa maneira, comporiam ali um território integrado de atenção à saúde o mais próximo do ideal.

Após as explanações descritas acima, foi aberto período para perguntas. Entre as falas destaca-se a de um conselheiro representante dos profissionais de saúde que questiona a função do CMS-RJ perante a municipalização desse hospital, afirmando que a municipalização tinha sido homologada sem que o CMS-RJ pudesse se pronunciar.

Em outro momento, a mesma pessoa que assina as colunas do ‘Jornal Vitrine Zona Oeste’ se manifestou primeiramente lamentando a ausência do Secretário Estadual de Saúde, Dr. Sérgio Cortes, que deveria estar ali; afirmou que o fechamento desse hospital foi um ato criminoso por parte da Secretaria Estadual de Saúde, pois segundo o mesmo não houve nenhum incêndio no Hospital Pedro II, e sim, uma explosão no transformador, dentro do qual existe óleo, que causou toda aquela fumaça. Informou, ainda, que elaborou um vídeo que denuncia que o incêndio ocorrido não era motivo para fechar o hospital apresentando na gravação as condições normais dos andares do hospital após o incidente, postado no *youtube* sob o endereço: <http://www.youtube.com/watch?v=e9cirMboNo> . Foi elaborado também um documento como parte do “Movimento de Defesa do Hospital Pedro II”, endereçado ao Ministério Público e pedindo que este cobrasse o laudo da perícia e que fossem tomadas as medidas cabíveis para que o Hospital fosse reaberto o mais rápido possível.

O “Movimento de Defesa do Hospital Pedro II” foi criado no dia 23 de outubro de 2010, nove dias depois do fechamento do hospital, é composto, segundo o próprio documento (ANEXO B) por: Associações de Moradores; Entidades de Servidores da Saúde; Organizações não Governamentais; Entidades de caráter comercial, industrial, recreativo e religioso; e Representantes de Órgãos Públicos, Civil e Militar.

A mobilização social é muitas vezes confundida, simplesmente, com manifestações públicas, com a presença das pessoas em uma praça, passeata, concentração. Mas isso por si só não caracteriza uma mobilização. A mobilização ocorre quando um grupo de pessoas, uma comunidade ou uma sociedade decide e age com um objetivo comum, buscando, resultados decididos e desejados por todos. (TORO e WERNECK, 2004).

De acordo com Toro (1997), um processo de mobilização social tem início quando uma pessoa, um grupo ou uma instituição decide iniciar um movimento no sentido de compartilhar um imaginário e o esforço para alcançá-lo. Algumas pessoas ou instituições podem estar juntas desempenhando um destes papéis, outras vezes uma mesma pessoa ou instituição desempenha mais de um ao mesmo tempo.

Desta forma os atores essenciais da mobilização são: a) o produtor social, pessoa ou instituição com legitimidade e capacidade de criar as condições necessárias (econômicas, institucionais, técnicas e profissionais) para que a mobilização ocorra; b) o reeditor social, alguém com público próprio, com o poder de negar, transmitir, introduzir e criar sentidos - capaz de modificar as formas de pensar e atuar de seu público, como por exemplo um líder comunitário; c) o editor, pessoa ou instituição responsável na edição das mensagens, quer dizer, na conversão das mensagens em formas, objetos, símbolos e signos adequados ao campo de atuação do reeditor para que ele possa usá-los, decodificá-los, recodificá-los segundo sua própria percepção. Em outros termos, se é preciso compartilhar informações, interpretações e sentidos, a mobilização é “um ato de comunicação” (TORO, 1997).

Especificamente a criação do vídeo e sua introdução no *youtube* (página da *web* que permite que seus usuários carreguem e compartilhem vídeos em formato digital) é um exemplo da utilização de novas mídias nesse processo. Nesse sentido,

A mídia, termo que pode servir para designar o conjunto dos processos de comunicação na sociedade contemporânea, deve ser considerada como um campo de força e espaço de sociabilidade com profundas repercussões nas

ações políticas e nos processos sociais de interação e interlocução entre indivíduos e grupos, estado e sociedade.” (OLIVEIRA, 2007, p. 71)

O vídeo e o documento, assim como o “Jornal Vitrine Zona Oeste” com colunas assinadas por esta mesma pessoa, nos permite constatar a utilização de dispositivos comunicacionais na disputa de sentidos para se nomear, interpretar e agir sobre uma realidade. O que chama atenção neste caso, é que esta iniciativa parte de um não membro do Conselho, mas que mesmo assim é útil para demonstrar a pluralidade desse espaço.

Pode-se dizer que a comunicação relacionada ao processo de mobilização apresenta-se sob dois aspectos: como instrumento fundamental na organização e divulgação desse processo e como elemento impar na construção de sentidos sociais. Considerando que o movimento descrito acima possui como integrantes membros do CMS-RJ e que o mesmo movimento, expresso tanto pelo vídeo quanto o documento, foi publicizado durante uma reunião ordinária do CMS-RJ, pode-se afirmar que esses elementos influenciaram o desencadeamento da reunião e, mais ainda, nas propostas que foram deliberadas pelo mesmo conselho nessa plenária.

Retomando o debate, a mesma pessoa responsável pelo vídeo-denúncia, questionou a presença de ‘mais de cem ambulâncias’ em menos de duas horas do incidente, como um fato que levanta dúvidas em relação suposto incêndio. Posteriormente, outra pessoa diverge desse posicionamento ao afirmar que essa suspeita sobre a presença de grande quantidade de ambulâncias não tinha cabimento e que não poderiam ficar acusando ninguém de sabotagem sem ter provas. Esse discurso promove uma reação em massa das pessoas presentes que vão o segundo imediatamente, inicia-se uma discussão com ofensas e agressões verbais e até física entre o indivíduo do primeiro posicionamento e do segundo, contidos por outros participantes. Nesse momento, alguns conselheiros se retiram da sala, como uma forma de protesto. Outro conselheiro dispara: “isso é alemão”.

A utilização do termo alemão, no sentido figurado refere-se a gíria carioca, e remete a alguém que não pertence àquele meio, uma pessoa de fora, um inimigo em potencial. Após o ocorrido, algumas falas manifestaram repúdio a este tipo de situação no conselho, afirmando, inclusive que:

esse tipo de discussão acontecia geralmente para tirar a legitimidade do movimento; que independente das várias linhas de pensamento diferentes,

precisavam focar no que realmente importava, na saúde da população de Santa Cruz (ATA DA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CMS-RJ DE 09/11/2010).

Essa afirmação, lavrada em ata, sugere que situações desse tipo possuam um caráter intencional, representem uma estratégia na desarticulação do tema em questão. O termo 'alemão' relatado anteriormente é um indicativo do não reconhecimento dessa pessoa como membro de um determinado grupo dentro do CMS-RJ e conseqüentemente com interesses concorrentes.

Em outro momento, foi proferido um discurso sensibilizador, através de uma fala emocionada de uma moradora de Santa Cruz, que explicitava a dificuldade vivenciada pela população com o fechamento do Hospital (como a longa distância percorrida em busca de atendimento e que muitas pessoas não possuíam condições financeiras para arcar com os custos das passagens). Nesse instante um conselheiro que estava sentado à minha frente virou-se para trás e se dirigiu da seguinte forma para outra conselheira, que estava ao meu lado: "não há nada melhor que o discurso popular. Vem de dentro".

Fairclough (2001) analisa as práticas discursivas considerando os diferentes tipos de discurso que emergem em decorrência dos fatores sociais. Desse modo, discursos são representações distintas da vida social derivadas das posições assumidas. De acordo como mesmo (2010), atores sociais posicionados de modos diversos observam e representam de maneiras diferentes, em discursos plurais. Assim, as vidas das pessoas pobres ou com privações são representadas diferentemente nos discursos governamentais, nas políticas, na medicina, nas ciências sociais, e entre as próprias pessoas que vivenciam esta realidade.

O fato do discurso apresentado acima ter emocionado parte das pessoas presentes na reunião revela o sentido de verdade produzido por este discurso. O sujeito pertence simultaneamente a múltiplas formações discursivas, de acordo com as diversas posições (de gênero, raça, situação civil, profissão e os mais variados grupos sociais) que ocupa. Cada formação rege, de forma específica a produção de sentidos que ressoam como verdadeiros:

cada sociedade tem seu regime de verdade, sua "política geral" de verdade: isto é, os tipos de discurso 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. (FOUCAULT, 2004, p. 10).

Em seu último pronunciamento na reunião, o Secretário Municipal de Saúde afirmou que não poderia informar uma data para a reabertura do Hospital Pedro II, pois dependia de uma série de consultas; que o financiamento dessa reestruturação seria tripartite, com a participação do município, estado e governo federal; explicou que os funcionários públicos estaduais estariam disponíveis para o Estado e que não iriam cometer o erro do passado (se referindo aos hospitais federais municipalizados no ano de 1999, e devolvidos ao Ministério da Saúde em 2005); disse que a gestão do Hospital Pedro II seria através de Organização Social, como já havia sido divulgado:

somente se o Supremo Tribunal Federal mudasse a Lei vigente no país, que as OS's poderiam ser extintas; por enquanto, as OS's são absolutamente legais e é um direito de todo Gestor optar por esse modelo de gestão. (ATA DA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CMS-RJ DE 09/11/2010)

Organização Social é uma qualificação dada às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, pela Lei Municipal 5026/2009. Esse título permite que a organização receba recursos orçamentários e administre serviços, instalações e equipamentos do Poder Público, após ser firmado um Contrato de Gestão com o Governo Municipal, Estadual ou Federal. (BRASIL, 2003).

Esse é um tema extremamente polêmico no CMS-RJ e até hoje repercute não só nas reuniões do colegiado, mas também nas manifestações dos servidores da saúde e nas Instituições de Ensino e Pesquisa como, por exemplo, a UERJ. Durante a fala do Secretário, exatamente no ponto em que ele se referia às OSs, foi distribuído o boletim “Pela Saúde” referente ao mês de Outubro de 2010 pelo grupo da UERJ, gerando um confronto entre a fala deste e o conteúdo do jornal, que expressava os manifestos contra a privatização da saúde. Esse fato é um exemplo de uma tática para desqualificar o discurso do outro, por meio do confronto entre percepções distintas. À medida que isso acontece o discurso opositor se qualifica, e mais que isso, retrata-se uma luta ideológica que exprime as relações de poder.

Primeiramente, faz-se necessário reafirmar a concepção de discurso que está sendo adotado aqui. Entende-se discurso a partir das considerações de Fairclough (2001, p.91) que o concebe como um “modo de ação, uma forma em que as

peças podem agir sobre o mundo e especialmente sobre os outros, como também um modo de representação”. Para o autor, o discurso constitui os sujeitos sociais, as relações sociais e os sistemas de conhecimento e crença.

Considerando que as ideologias são veiculadas nas sociedades através do discurso, e que elas constituem os sujeitos e contribuem para a produção, reprodução ou transformação das relações de dominação, o discurso é visto por Fairclough (2001, p. 94) como uma prática política e ideológica: a primeira porque o discurso pode reproduzir ou transformar relações de poder e as entidades coletivas, como “classes, blocos, comunidades ou grupos”; a segunda, pois o discurso é capaz de constituir, naturalizar, manter e transformar os significados do mundo de posições diversas nas relações de poder.

E a gente tenta brigar muito por isso. Então essa questão das OSs é o ponto máximo hoje dentro do Controle Social pra gente impedir que essa coisa aconteça, de colocarem as OS pra funcionar. Mesmo a gente tendo enfrentado inclusive questões judiciais, até o Ministério Público diz que é favorável, que na lei existe brecha, que eles realmente podem fazer isso. Entendeu? Só que na realidade a lei é muito complexa, né? A lei ela te dá margem a várias interpretações. (ENTREVISTA 2, CONSELHEIRO SEGMENTO- PROFISSIONAL).

De acordo com um conselheiro do segmento gestor, quando o processo de discussão sobre as OSs ainda tramitava na Câmara de Vereadores, o CMS-RJ foi contra. No entanto, a deliberação do conselho, segundo o mesmo, foi no sentido de travar a discussão na Câmara até que o CMS-RJ tomasse conhecimento de todo o processo e implicações e partir daí pudesse se manifestar contra ou a favor.

Foi deliberado dentro do conselho e encaminhado para a câmara dos vereadores, que o processo de discussão sobre a implantação ou não de OS na saúde não prosseguisse até que o conselho municipal tomasse conhecimento de tudo e que pudesse deliberar. Aí, uns três meses depois... Uns dois meses depois foi aprovada (a Lei das OSs). Tem pessoas hoje que ainda dizem assim: “nós rejeitamos as OS”... Não rejeitou, rejeitou que o processo fosse encaminhado sem o conselho ser ouvido. Você imagina o legislador que foi eleito com cento e cinquenta mil novecentos e vinte e oito votos olhando para um conselho que se juntar os votos de todo mundo não dá cinquenta... E falar assim “eu vou abrir mão da minha prerrogativa única e exclusiva de legislar para dar pra um conselho que eu nem sei quem é ... pra dar pra um conselho que eu nunca ouvi falar, eleitos por pessoas que não tem nem um mandato se juntar os votos deles todos não dá nem cinquenta... e eu tenho cento e cinquenta mil?” Então esse ofício do

conselho, da secretaria executiva do conselho, porque a secretaria seguiu o que o colegiado deliberou, só que eles riram do nosso ofício e mandaram arquivar e hoje algumas pessoas acham e dizem a todo momento você escuta “nós fomos contra a OS”... Foi nada contra não. Foi contra que o processo continuasse, mas não foi contra a aprovação, porque isso não foi discutido, então o conselho só pode falar que foi contra ou a favor se houve uma votação explícita a respeito. . (ENTREVISTA 5, CONSELHEIRO SEGMENTO-GESTOR).

Esse relato manifesta claramente a concorrência do CMS-RJ, como instância deliberativa, com o Poder Legislativo Municipal e conseqüentemente põe em dúvida sua função deliberativa sobre o Sistema de Saúde Municipal. Será que se o CMS-RJ fosse taxativo ao rejeitar esse modelo de gestão o resultado final na Câmara seria outro? Provavelmente não, pois, supondo que o ofício da deliberação com o pedido de tempo foi arquivado, provavelmente outro ofício que rejeitasse as OSs também seria. O que está em jogo aqui, aparentemente, não é o conteúdo da deliberação e sim a disputa entre duas instâncias de poder que concorrem na função de deliberar sobre as políticas de saúde.

Após o período aberto para debate deu-se início o momento para o encaminhamento de propostas. Um conselheiro da mesa coordenadora e também membro da Comissão Executiva relatou o seu elenco de propostas, sendo que as duas últimas foram propostas proferidas anteriormente por outros dois conselheiros. São elas:

- 1) Que a Secretaria Estadual de Saúde reabrisse o Hospital Pedro II; 2) Após essa abertura, o CMS discutiria se aceitava ou não a municipalização; 3) Pedido de informação sobre as bases do convênio que foi assinado pelo Governador e Prefeito sobre essa municipalização do Hospital Pedro II; 4) Que o CMS subscrevesse esse documento de Movimento em Defesa do Hospital Pedro II enviado ao Ministério Público; 5) Viabilidade de um hospital de campanha financiado pelo Município e pelo Estado; 6) Que fosse tirada uma comissão, que seria chamada pelo Estado e pelo Município, onde decidiriam quando esse hospital iria abrir. (ATA DA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CMS-RJ DE 09/11/2010)

Todas as seis propostas foram aprovadas e em seguida passou-se ao informes. É possível observar que esse conselheiro que consolidou as propostas exerce uma forte liderança sobre o restante do grupo. Em momento anterior, o representante da SESDC-RJ percebeu o poder de influência dele e tentou desarticula-lo, expondo um grau de intimidade, afirmando que eram colegas e que estudaram juntos durante a faculdade. O conselheiro ficou visivelmente

desconcertado, fato este percebido devido à alteração de sua postura, que até aquele momento era ativa para passiva. A capacidade de articulação desse ator é um dos determinantes do poder de influência que ele exerce sobre os outros conselheiros no processo de deliberação do colegiado. É um bom exemplo das relações de poder que permeiam esta instância e que influenciam processo comunicativo no interior do conselho. Visto que:

A desigualdade ou hierarquização no processo comunicacional faz com que alguns se julguem mais competentes para falar e agir, não só pela competência em si, mas também porque se julgam detentores de um poder que os separa dos demais, [...]. (OLIVEIRA, 2000, p. 68).

A hierarquia possui pontos considerados positivos, como organização das atividades e otimização do tempo quando atribuído às funções da Comissão Executiva no CMS-RJ, porém expõe a concentração poder e domínio da força de manobra exercido por este grupo o que reflete o vivenciamento do poder deliberativo de forma diferenciada entre a comissão executiva, especificamente o conselheiro relatado acima, e os demais membros do conselho.

Durante uma entrevista, um conselheiro relembra a o debate sobre o Hospital Pedro II e destaca um diálogo entre uma pessoa com uma grande desenvoltura política (sindicalista) e o Secretário Municipal de Saúde. Essa pessoa do Sindicato dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho e Previdência Social do Estado do Rio de Janeiro - SINDSPREV/RJ passou a frequentar regularmente e ativamente as reuniões do CMS-RJ, apesar não ser membro do CMS-RJ, a partir dos acontecimentos subsequentes ao incêndio do hospital, transformando radicalmente a configuração das reuniões e das relações entre os conselheiros.

A menina fez uma intervenção. “Ah! Eu quero saber de onde vem o dinheiro que vai financiar isso”. E ele disse: “o dinheiro que vai fazer a reforma no hospital será tripartite”... Tenho certeza que ela não conhece o Hospital Pedro II. **Ela tá preocupada que esse hospital, enquanto estadual, ele funcione como um verdadeiro shopping. Tinha ali a associação dos funcionários do Pedro II que tira um delegado para votar no pessoal do SINDSPREV. Entendeu?** Então eles não concordam e eles querem saber por que esse hospital é municipal (...). Claro que quando ela faz uma pergunta que diz que os funcionários do hospital estão sendo sobrecarregados, que estão sendo... Que não estão tendo um tratamento digno na unidade. É certo! Tem que fazer isso mesmo! Tem que brigar pelo direito do servidor, afinal ela é do SINDSPREV, afinal ela é diretora do sindicato. **Agora, quando ela me pergunta lá: “Ah! eu quero saber de onde vem esse dinheiro”. Não interessa! O meu interesse é o seguinte: são 360 dias pra esse hospital ficar pronto e ser entregue a**

comunidade. Eu quero saber se os serviços que existiam anteriormente vão ser mantidos. Vão? Isso que eu quero saber. Quem vai gerenciar o serviço é problema deles. CTQ, centro de tratamento de queimados, maternidade, laboratório. Isso que eu quero saber. Se esses serviços vão ser mantidos. **Aí eles acham que a gente tem que concordar com eles.** (ENTREVISTA 6, CONSELHEIRO SEGMENTO-USUÁRIO, grifo nosso).

Essa fala aponta vários aspectos das relações entre os atores no conselho: a) interesse oculto sobre os mecanismos de renovação/manutenção poder referente à composição dessa instância; b) divergência de interesses entre usuários e profissionais de saúde e c) relações de força e tentativa de dominação entre os segmentos (profissional sobre usuários).

Embora a pessoa citada na entrevista não seja membro do CMS-RJ, a mesma por possuir uma trajetória sindical e conseqüentemente atributos necessários em uma discussão política, se coloca e ao mesmo tempo é instituída como representante dos interesses dos profissionais de saúde dentro do conselho.

Há nitidamente um deslocamento dos núcleos de poder, que esvazia as “antigas” lideranças e direcionado a favor dessa sindicalista não conselheira. Nesse sentido Marmor *apud* Côrtes (2009, p. 31) afirma que:

Um orador eloquente ou um operador político habilidoso pode oferecer melhor representação substantiva que outro com um conhecimento igual dos interesses dos representados, mas desprovido das mesmas habilidades.

Isso posto, transpareceu uma divisão entre o segmento dos usuários, de um lado um grupo a favor do SUS totalmente público, ou seja, contrários a modalidade de gestão por OS's:

Nós tínhamos que ter um governo sério, presente. Eu sou nacionalista! Tem que defender os interesses do povo. Eu acho que a saúde não pode ser privatizada, eu acho um crime querer privatizar a saúde. A saúde assim como a educação são duas coisas que deveriam ser tratadas com muito carinho. (ENTREVISTA 4, CONSELHEIRO SEGMENTO-USUÁRIO).

E de outro lado, conselheiros usuários que afirmam que o que importa é a garantia no fornecimento do serviço:

Hoje, o funcionário, eu entendo o lado deles. Quem é que não quer ser funcionário público hoje? Quem é que não quer hoje ser concursado? Eu penso o seguinte, cada um tem que lutar pelo seu espaço. Eu espero que o sindicato tenha consciência que isso não está sendo empurrado pela goela a baixo da gente. Eu espero que eles se organizem e exijam o concurso público e que amanhã nós estejamos juntos, brigando. Agora, discutir “Ah, que as OS estão privatizando a saúde”. Isso para mim isso é o de menos. Eu quero saber que hoje eu tenho uma unidade de saúde no bairro onde eu moro e que há trinta anos não era construído nada. Entendeu? Hoje eu tenho serviço odontológico funcionando dentro da minha unidade. (ENTREVISTA 6, CONSELHEIRO SEGMENTO-USUÁRIO).

Essa divisão do segmento dos usuários em relação a este tema reflete um jogo de forças maior que ocorre entre profissionais e a Gestão da Saúde Municipal, um embate vigoroso, em que até o Ministério Público foi acionado, a fim de se contestar a inconstitucionalidade da Lei Municipal 5026/2009 que aprovou as OS's. No meio desse conflito ficam os usuários, como afirma o conselheiro:

A prefeitura botou esse modelo novo pra gente. As OS eram uma coisa nova, eram poucos os que conheciam. Foi feita uma votação, uma briga danada, uns votaram a favor outros votaram contra. E, isso foi parar aonde? No Ministério Público. [...] Aí começou abrir o impasse entre o funcionalismo, o sindicalismo e a prefeitura. E nesse impasse nós fomos os mariscos. Ficávamos entre a pedra e o mar, e toma-lhe pancada. (ENTREVISTA 6, CONSELHEIRO SEGMENTO-USUÁRIO).

O Poder se expressa nas diversas relações sociais. Por relações de poder Foucault (2006a) considera toda relação que o ser humano é exposto: toda ação do cotidiano, mesmo a menor e a mais banal, constitui uma relação de poder. Manifesta-se, portanto, como uma prática social e pode ser compreendido na forma de rede em que as relações de poder exercem um modo de ação onde uns exercem poder sobre outros (indivíduos ou grupos).

A seguir, será apresentado o quadro- síntese da terceira reunião, ocorrida em 11/01/11. Essa sessão foi iniciada com um atraso de mais de meia hora, até ser atingido o quórum mínimo. Caracterizou-se também pela realização de várias eleições entre os conselheiros, que indicaram membros para integrar comissões e cursos e eventos.

Quadro 6 – Reunião Ordinária do CMS-RJ de 11/01/2011

Síntese Reunião Ordinária do CMS-RJ – Data: 11/01/11	
Itens da pauta	Observações
1) Deliberação para apreciação da ata de 06/10/2010;	A mesma foi aprovada , apesar de não haver referência na ata desta reunião sobre a deliberação da ata de 06/10/11.
2) Deliberação para apreciação dos processos: 09/22/000415/2010 (Credenciamento Tabagismo do Posto de Saúde Prof.º Júlio Barbosa); 09/000832/10 (Classificação de Clínica de atendimento médico especializada – CAME como Hospital-Dia); 09/004120/2010 (Habilitação em transplante do fígado junto ao SUS, referente ao Hospital Adventista Silvestre); 09/004038/2009 (Credenciamento de 05 (cinco) leitos de UTI Neonatal no Hospital Municipal Miguel Couto); 09/001741/2010 (Habilitação de Serviços – FALMED/IECAD-CNES 2269678, ref. Fundação Médica Antônio Luiz de Medina); 09/004121/2010 (Habilitação de 05 (cinco) leitos de UTI Tipo II junto ao SUS, referente ao Hospital Adventista Silvestre);	Aprovados todos os seis processos.
3) Aprovação da Proposta de Regimento Interno para os Conselhos Distritais de Saúde;	Foi colocada em análise a Proposta do Conselho Municipal de Saúde para os Conselhos Distritais de Saúde, contemplando as emendas sugeridas. As emendas aprovadas retornaram aos CDS que irão analisar e remeter para o CMS-RJ deliberar definitivamente.
4) Conferências de Saúde – Eleição da Comissão Organizadora da 11ª Conferência Municipal de Saúde;	Aprovada a proposta de antecipação da eleição. E realizada a eleição propriamente dita.
5) Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (RAG) – escolha de dois representantes;	Ofício encaminhado pelo CES-RJ convidando dois conselheiros (independente do segmento) do CMS-RJ para integrarem um grupo que terá acesso ao Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS. Foram eleitos 02 membros.
6) Escolha de três representantes para o Seminário Regional Sudeste – Biossimilaridade na ótica do Controle Social;	Ofício encaminhado pela Entidade chamada Espaço Saúde convidando três conselheiros (um usuário; um profissional de saúde e um do segmento gestor) para o Seminário–Biossimilaridade na Ótica do Controle Social. Foram eleitos 03 membros.
7) Apresentação para deliberação do Plano de Ação do CEREST do Rio de Janeiro;	Aprovado. Foi apresentado o Plano de Ação do Centro de Referência dos Trabalhadores – CEREST.

8) Informes.	Denúncias, elogios, agradecimentos e convites para eventos e atos públicos. Destaque para o informe da secretaria executiva do CMS-RJ: fornecimento de cartão de passagem (Riocard) para os conselheiros.
--------------	---

Seguindo o protocolo, a reunião foi iniciada com a deliberação da proposta de pauta, a qual foi aprovada. No primeiro ponto de pauta foi colocada em votação a aprovação da ata do dia 06/10/11, que também foi aprovada, apesar não haver qualquer menção dessa aprovação da ata da reunião analisada.

No segundo ponto, deliberou-se sobre seis processos, todos devidamente identificados (número e natureza), referentes às modalidades de credenciamento e habilitação de serviços. Todos foram aprovados, porém foi questionado entre os conselheiros que não era possível deliberar sobre os referidos processos, sem antes ter conhecimento sobre o teor destes. O secretário executivo do CMS-RJ esclareceu que de acordo com o Regimento Interno do CMS-RJ, Artigo 19, Inciso II,

no início de cada reunião poderá ser pedido vistas aos processos de convênios e credenciamentos junto ao SUS, devendo o procedimento administrativo retornar, impreterivelmente, até o final da reunião para apreciação e votação, mesmo que este direito seja exercido por mais de 1 (um) Conselheiro; (ANEXO A)

Ainda assim, como forma de possibilitar um tempo maior para que os conselheiros pudessem refletir, foi sugerido o prazo de um (1) mês entre a apresentação do processo na plenária e sua deliberação em reunião ordinária posterior. Mais uma vez, o secretário executivo interferiu afirmando que os processos já possuem um fluxo ajustado, como apresentado anteriormente, que a Comissão Executiva é responsável por avaliar os processos e que para tal fim os conselheiros que a compõem foram eleitos, e, além disso, que o formato é regulado pelo Regimento Interno recém-criado. Durante todo o período de observação da pesquisa não foi verificado nenhum pedido de vistas aos processos nas reuniões ordinárias em que os respectivos seriam deliberados.

Retomando à reunião do dia 11/01/11, no item três da pauta foram discutidas as emendas sugeridas para proposta do Regimento Interno dos CDS-RJ. Cabe ressaltar que o Regimento Interno do CMS-RJ já foi aprovado, homologado e publicado e agora está sendo realizado o mesmo processo com os CDS. De acordo

com a Lei Municipal 5104/2009 foi determinado um eixo único para todos os Conselhos Distritais, o que não impede que cada CDS possa apresentar pequenas diferenças em relação aos outros, o que importa é que o eixo de conduta seja o mesmo para todos.

Alguns conselheiros fizeram questão de destacar a relevância da nova Lei que regulamenta o CMS-RJ e os CDS-RJ, visto que a Lei 1.746/ 1991 foi promulgada no mesmo ano de criação do CMS-RJ.

A nova lei organizou pontos que não estavam bem organizados na anterior, porque também ninguém pode criticar a anterior, a gente não pode criticar os legisladores da época pela lei ter saído imperfeita. Porque não existia nada, né? Tem coisas que você só aprende ao caminhar. Passado todo esse tempo, quase 20 anos, percebeu-se que a lei tava errada de alguns itens, o Paulo Pinheiro, autor da lei atual, a 5104, ele ouviu muitas sugestões, sobre a organização da lei, sobre o que ela deveria legislar. Aí ela foi sancionada. Agora, o regimento interno que foi a partir da lei, também veio com uma qualidade muito boa, né? Foi o secretário executivo do CMS-RJ quem escreveu, ele aceitou as sugestões que foram encaminhadas, e foi deliberado no colegiado e aprovado, e agora nós estamos quase terminando a fase dos regimentos internos dos conselhos distritais. (ENTREVISTA 5, CONSELHEIRO SEGMENTO- GESTOR).

Muito debate, muita briga, muita articulação, até surgir essa Lei. Nenhum conselho tinha um regimento interno adequado. Cada regimento interno dos dez conselhos foi criado por nós. O secretário executivo do conselho percebeu que poderia ser criada uma lei municipal para regulamentar o conselho de saúde, que era uma bagunça. Era uma bagunça na realidade. Bagunça que eu digo é bagunça organizada. Era cada um puxando para o seu lado. Aí quando ele percebeu esse caminho, começou a bater em cima da lei. Aí o doutor e vereador Paulo Pinheiro tomou isso como uma luta. Politicamente foi bom para ele conseguir aprovar isso na câmara de vereadores porque para fazer essa lei municipal só tem um jeito, você tem que ser um vereador. Isso foi uma briga em que nós estávamos há quase dez anos. (ENTREVISTA 6, CONSELHEIRO SEGMENTO- USUÁRIO).

Ao confrontar as duas falas é nítida a diferença entre elas, apesar de abordarem o mesmo assunto. Enquanto a primeira se apresenta como um discurso quase diplomático e extremante cauteloso, coerente com a posição que este conselheiro ocupa, como Servidor da SMS-RJ e integrante do segmento gestor, a segunda assume um discurso franco, sem o menor pudor e livre de possíveis pressões externas.

Essa perspectiva aponta para os contextos de produção dos discursos. Entendem-se contextos “como espaços dinâmicos: ao mesmo tempo em que moldam a fala, são por ela moldados” (ARAÚJO, 2003, p. 50). Entre os diferentes

tipos de contextos, destaca-se o contexto situacional, que determina o 'lugar de fala'. Segundo a autora, o 'lugar de fala' envolve as expectativas relacionadas com o que é permitido e esperado na fala de uma pessoa de acordo com a posição assumida, determina o modo de falar, o direito de falar e a legitimidade da sua fala.

Voltando ao ponto da pauta, o processo de elaboração do Regimento Interno dos CDS pode ser descrito da seguinte forma: primeiro o CMS-RJ colocou em análise uma proposta geral para os CDS, após a leitura do texto algumas pessoas sugeriram alterações na proposta, essas alterações foram analisadas pela comissão regimental do CMS-RJ e posteriormente enviadas para a reunião do colegiado do CMS para que fossem discutidas amplamente. A partir daqui, o documento com as mudanças aprovadas foi enviado aos CDS para que lá fossem discutidos e remetidos para o CMS-RJ para a deliberação definitiva.

De acordo com a ata, houve pedido de alteração em sei artigos. Alguns foram aprovados, outros reprovados e outros não chegaram a ser postos em votação devido à inconsistência da proposta, por ferir a Lei Municipal 5104/2009 ou por já estar contemplada em outro artigo. Contudo, não houve muita clareza na descrição do *status* das propostas pela ata da reunião. Ao que parece, eles iniciaram adotando uma metodologia de aprovar proposta por proposta, mas depois deixaram para a aprovação em bloco no final.

A questão do Regimento Interno do CMS-RJ também se justifica pela convocação da conferência, pois, este documento regula alguns aspectos da Conferência Municipal de Saúde, dispostos no seu sexto capítulo, assim como das distritais, como refere este conselheiro:

Se o conselho municipal não aprovar o nosso regimento nós estamos fora da conferência. Tem que fazer o regimento e o conselho municipal tem que aprovar. (ENTREVISTA 6, CONSELHEIRO SEGMENTO- USUÁRIO).

Com o novo Regimento Interno do CMS-RJ, verificou-se profundas modificações na organização do conselho e também da conferência comemoradas pelos conselheiros.

Agora, a lei 5.104 mudou toda a infraestrutura do conselho. A nossa conferência distrital e municipal era feita de dois em dois anos, a partir desse mandato será de quatro em quatro anos. Outra mudança que nós tivemos é que o presidente do conselho municipal, que é o gestor, a partir

de agora será eleito por voto direto. (ENTREVISTA 6, CONSELHEIRO SEGMENTO- USUÁRIO).

Porém, ao mesmo tempo em que essas mudanças significam um grande avanço no controle social do município, como a duração do mandato dos conselheiros que passa assim como as conferências ser de quatro em quatro anos, revelam uma preocupação com uma situação até então era considerada comum no conselho, que são os critérios de seleção das entidades.

Muitas das entidades que estavam aqui só davam o nome e participavam agora não. Tem que ter CNPJ, tem que apresentar o estatuto, tem que comprovar se o mandato está em dia. A lei regulamentou tudo isso. Foi bom e foi ruim porque muitas entidades não quiseram mais. Nós estamos com medo de fazer uma conferência esvaziada por conta da bagunça que era. (ENTREVISTA 6, CONSELHEIRO SEGMENTO- USUÁRIO).

A contradição expressa na fala desse conselheiro, "foi bom e foi ruim" transparece uma preocupação com os novos hábitos que deverão ser instituídos daqui por diante e com o incerto que está por vir. Apesar de ele ter consciência que a situação estava errada, ao mesmo tempo a mesma trazia uma sensação de conforto.

O quarto ponto da pauta refere-se à eleição entre os conselheiros para a nova Comissão Organizadora da Conferência Municipal de Saúde – COMUSA. A convocação para a conferência municipal que ocorrerá esse ano faz parte do processo de chamada para a 14ª Conferência Nacional de Saúde será realizada no período de 30 de novembro de 2011 a 04 de dezembro de 2011, em Brasília cujo tema central será “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública Patrimônio do Povo Brasileiro”, que será desenvolvida através de eixos: eixo 1- Política de Saúde da Seguridade Social do SUS legal e do SUS real, a Seguridade Social Brasileira, o SUS e suas diretrizes e o SUS Patrimônio do Povo Brasileiro de Todos para Todos; eixo 2 - Participação da Comunidade do Controle Social nas Decisões e Consolidação do SUS, Participação Popular dos Diversos Segmentos e Sujeitos Sociais dos SUS, Comunicação, Educação, Informação como Instrumentos de Fortalecimento da Participação Popular no SUS, Relação do Controle Social no SUS com outras Instâncias de Controle e eixo 3 - a Gestão do SUS, Financiamento

e Sustentabilidade junto ao SUS, Modelo da Saúde que parte da Saúde em Relação ao Público e Privado e Gestão do Sistema de Trabalho e da Educação da Saúde.

Esses são os eixos que constituem o pré-requisito da participação da 14ª Conferência Nacional de Saúde, a realização e a participação das Etapas Municipais e Estaduais que conforme determinado. (ATA DA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CMS-RJ DE 11/01/2011).

Os eixos temáticos das conferências são determinados pelo Conselho Nacional de Saúde, repassados para os CES até chegar aos CMS. A verticalização dos eixos indicam, como observado por Cunha et al (2009), uma limitação temática das discussões, obstaculizando o caminho das demandas locais para a etapa nacional das Conferências de Saúde. Porém o Fluxo da realização das Conferências de Saúde é ascendente: primeiro serão realizadas as CDS-RJ, depois a CMS-RJ, em seguida a CES-RJ e por último a CNS.

A Comissão Executiva Municipal ao tomar conhecimento da tabela com as datas para a realização da etapa Municipal (de 1º de março de 2011 a 15 de julho de 2011) tomou a decisão de encaminhar um ofício para o CES solicitando a alteração da data da Conferência Municipal para final de setembro até início de outubro, considerando que essas datas acima são impraticáveis para o CMS-RJ e que teriam que realizar antes 10 (dez) Conferências Distritais de Saúde.

O secretário executivo do CMS-RJ explicou o motivo da proposta de adiantamento das eleições para a formação da COMUSA, segundo o mesmo seria o prazo apertado. Desse modo, foram colocadas duas questões a serem deliberadas. Uma foi a antecipação da eleição referente à formação da COMUSA e a segunda foi a eleição propriamente dita. Deixando em aberto as vagas destinadas aos convidados. Foi solicitado para aqueles que tivessem interesse se manifestassem. Foram eleitos oito membros seguindo o princípio da paridade (2 profissionais de saúde; 2 gestores e 4 usuários) e eleição por segmento, por exemplo, para escolha dos conselheiros usuários só quem votou foi esse segmento.

A COMUSA é obrigatória, embora não seja permanente. Porque ela se extingue ao apresentar o relatório final da conferência. Está automaticamente extinta. (ENTREVISTA 5, CONSELHEIRO SEGMENTO-GESTOR).

Os itens número cinco e seis da pauta referem-se às eleições para composição de grupo para apresentação do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS – SARGSUS, à convite do CES-RJ; e para o Seminário Regional Sudeste de Biossimilaridade na Ótica do Controle Social, promovido pela Entidade chamada Espaço Saúde em Atibaia – SP.

Para primeira eleição, colocaram-se em votação as duas vagas a serem preenchidas pelos conselheiros do CMS-RJ, independente de segmento. Foram indicados dois nomes pela Comissão Executiva, como não houve mais nenhuma candidatura, esses dois conselheiros (um profissional de saúde e um representante do gestor) foram eleitos.

Já na segunda eleição as vagas foram discriminadas por segmento (um usuário, um profissional de saúde e um representante do gestor). O objetivo desse seminário seria a discussão do uso de medicamentos e materiais biológicos inseridos na perspectiva do controle social. Nesse evento, as despesas com transporte e hospedagem foram custeadas pela organização do seminário. A mesa coordenadora 'sugeriu' que o representante dos profissionais de saúde fosse representante de sindicato. Diferentemente da primeira eleição, houve grande repercussão e disputa entre os conselheiros, dois conselheiros foram eleitos por votação (usuário e gestor) e em relação ao profissional, não ficou muito bem definido, o representante do Sindicato dos Farmacêuticos é que iria participar.

No item sete foi apresentado o do Plano de Ação do Centro de Referência dos Trabalhadores – CEREST pela Diretora Adjunta da Saúde do Trabalhador do Município de Rio de Janeiro. O Plano foi elaborado em parceria com o Estado e trazido para o Conselho Municipal de Saúde para que fosse discutido e deliberado. Com relação aos informes, o destaque ficou por conta do aviso de futuro fornecimento do cartão de passagem (Riocard) para os conselheiros, pela Secretaria Executiva do CMS-RJ, referente ao deslocamento nas reuniões ordinárias e extraordinárias.

Será apresentado a seguir o quadro com a quarta e última reunião analisada neste estudo. Essa reunião apresentou uma particularidade, o aumento expressivo no número de jovens que interagiam entre si sugeriu se tratar de uma turma, possivelmente alunos de algum curso de graduação. A pauta foi distribuída e a reunião iniciou com cerca de trinta minutos de atraso.

Quadro 7– Reunião Ordinária do CMS-RJ de 12/04/2011

Síntese Reunião Ordinária do CMS-RJ – Data: 12/04/2011	
Itens da pauta	Observações
1) Deliberação sobre as atas de 07/12/2010 e 14/12/2010;	Aprovadas.
2) Deliberação sobre os processos: 09/010872/2005 – Hospital universitário Pedro Ernesto – solicitação de credenciamento de alta Complexidade Cardiovascular; 09/006305/2009 – MS/HGB, renovação de credenciamento junto ao SUS – Terapia Nutricional; 09/005206/2010 – Hospital Adventistas Silvestre – Habilitação em Hemodinâmica; 09/005651/2010 – Instituto de Psiquiatria da UFRJ-IPUC – Credenciamento de Tabagismo; 09/005638/2010 – Instituto Nacional de Cardiologia – Habilitação e Reclassificação dos leitos de UTI Tipo II; 09/000003/2011 – Clínica da Família Cantagalo/PV/PVZ – Credenciamento de Tabagismo; e 08/005689/2010 – Credenciamento para Transplante Renal do Hospital Quinta D’or;	Os seis primeiros processos foram aprovados . Devido à polêmica gerada no colegiado abriu espaço para discussão do sétimo e último processo, que após várias manifestações públicas e três encaminhamentos de proposta foi aprovado, mas com restrições .
3) Informe da Superintendência de Regularização, Controle e Auditoria – SURCA, sobre a convocação de Unidades Prestadoras de Serviços de Saúde em Oferta Complementar ao SUS;	Prestados esclarecimentos a respeito da situação da convocação e contratualização dos prestadores de serviço junto ao SUS publicado no Diário Oficial do Município na data de 28/03/2011.
4) Apresentação de Revisão do Termo de Compromisso de Gestão Municipal;	Apresentação anual do Termo de Compromisso de Gestão Municipal exposto pela Assessora da Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação da SMSDC-RJ.
5) Informes da Secretaria de Estado do Ambiente sobre a Thyssenkrupp CSA Companhia Siderúrgica;	Este item foi retirado da pauta, pois o representante da Secretaria Estadual de Ambiente informou que não poderia comparecer à reunião. Foi sugerido que este tema fosse pautado para uma nova data.
6) Informe da SMSDC a respeito do funcionamento e infraestrutura do Hospital Municipal Raphael de Paula Souza;	Prestados esclarecimentos com relação a obra de reforma do hospital e da questão da escassez de recursos humanos. Foi instituído um grupo de trabalho em relação a essa situação.
7) Doações do Programa de Integração Digital da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa;	Registro em ata da baixa dada aos quatro computadores doados pelo Banco do Brasil.
8) Informes Gerais.	Convites para eventos e fórum de discussão; denúncias; elogios, agradecimentos e pedidos de desculpas.

Essa reunião, assim como as demais, foi iniciada com a deliberação da proposta de pauta, a qual foi aprovada. No primeiro ponto de pauta foi colocada em

votação a aprovação da ata dos dias 07/12/2010 e 14/12/2010, que também foram aprovadas.

Dando prosseguimento foram colocados para deliberação sete processos nas modalidades de credenciamento, renovação de credenciamento, habilitação e reclassificação. O sétimo processo, referente ao credenciamento do serviço de transplante renal no Hospital Quinta D'or, gerou grande repercussão na reunião de colegiado. Desse modo, a mesa coordenadora propôs colocar em votação os seis primeiros e reservar o último para uma discussão mais ampliada, uma vez que foram explicitados muitas dúvidas e questionamentos a respeito do credenciamento desse serviço prestado por uma instituição de saúde privada junto ao SUS.

Cabe ressaltar que o sétimo processo refere-se ao transplante de rins e fígado, apesar de estar especificado na pauta apenas o transplante de rins.

As primeiras falas se referiam a preocupação com o atendimento pré e pós-operatório e garantia no fornecimento de medicamentos.

Num segundo momento foi dada a palavra a uma pessoa não conselheira, membro do SINDSPREV-RJ. Segundo a mesma o debate referente ao credenciamento do Quinta D'or deve ser considerado como um debate mais profundo. Em sua opinião deveria ocorrer uma cobrança mais efetiva do Estado para que fosse realizada a manutenção dos serviços públicos a fim de garanti-los através das instituições públicas, principalmente por se tratar de um serviço imprescindível e de urgência como é o caso do transplante. E acrescenta,

Existe uma falta de valorização dos servidores públicos que fazem com que eles desistam da carreira pública e vão investir na iniciativa privada e esse processo, é mais um processo de abandono do Estado e de investimento na iniciativa privada. Acredita que se trata de um erro, um equívoco e nós deveríamos cobrar da Secretaria Municipal de Saúde, assim como todos os outros governantes para que mantenham as condições objetivas para que todos os serviços de saúde integralmente e gratuitamente fossem oferecidos para os usuários. Todos acompanham a crise dos conveniados, toda a corrupção que é, o dinheiro que é escoado, o desvio de verbas que acontece e agora nós estamos aqui abrindo brecha para que a rede de transplantes também faça isso. (ATA DA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CMS-RJ DE 12/04/2011).

Em seguida uma conselheira, representante dos profissionais de saúde, se manifesta questionando, quantos atendimentos poderiam ser feitos por semana ou mês e se esse serviço seria controlado pela Central de Regulação.

Posteriormente um conselheiro, representante dos profissionais de saúde e membro da Comissão Executiva interveio afirmando que não esperava que este processo fosse para plenário, nesta reunião. Pois em seu entendimento o representante da Central de Regulação do Estado teria ficado de trazer mais informações para serem discutidas novamente na reunião seguinte da Comissão Executiva e depois ir para plenário com um estudo maior sobre o processo por ser um assunto extremamente polêmico.

A Subsecretária Geral de Saúde, que coordenava a reunião, se manifestou afirmando que esse ponto de pauta foi deliberado pela Comissão Executiva, que o conselheiro do posicionamento acima participou dessa deliberação sendo favorável a apresentação deste tema no colegiado. Porém, neste dia o mesmo argumentou que o processo tinha que ser visto com mais calma e segurança, contrariando a sua posição na Executiva.

Nesse momento foi gerado um tumulto generalizado, com discussões acaloradas e ofensas. A coordenadora da reunião solicitou que respeitem sua fala, já que respeitou a fala de todos. E complementa que

No dia vinte e três de abril de dois mil e dez, o Ministério da Saúde publicou duas portarias habilitando as equipes de transplantes do Quinta D'or para trabalharem por dois anos. Eles estão habilitados e podem fazer, aprovando ou não eles estão credenciados. [...] Nós estamos aqui, hoje, habilitando as condições do hospital Quinta D'or para que essas pessoas possam operar lá, ou não. Se o plenário tem o entendimento suficiente e é conhecedor da situação e, portanto, não querem aprovar essa habilitação do hospital no pré-operatório, na UTI e pós operatório para que os doentes passem pelo hospital com toda a integralidade, temos que ter essa responsabilidade e cabe a mim aqui como gestora e como pessoa interessada em resolver que esses pacientes tenham o atendimento; essa é minha responsabilidade de prestar esclarecimentos, porque o Ministério da Saúde já habilitou essas duas equipes desde abril do ano passado. (ATA DA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CMS-RJ DE 12/04/2011).

Apesar de não estar explícito na pauta, o que se propunha aqui não é o credenciamento do serviço de transplante para o Hospital, pois tanto o hospital quanto as equipes já estavam habilitadas, publicadas em Diário Oficial da União, o que se propunha deliberar eram as condições desse serviço, como atendimento pré e pós-transplante, disponibilidade de leito em UTI, entre outros.

Percebe-se, aqui, o poder deliberativo dessa instância apenas como um legitimador da vontade do Gestor, seja ele Municipal ou Federal. A não aprovação

deste ponto, não significa em hipótese alguma que não serão utilizados outros caminhos a fim de que o mesmo seja efetivado. Em outras palavras, muitas das vezes o CMS-RJ funciona como um legitimador de um poder já instituído.

Ainda em relação a esse tema, a coordenadora induziu claramente o segmento dos usuários a se posicionarem contra ao dos profissionais de saúde, afirmando que “a culpa pela demora no credenciamento do serviço de transplantes de rins e fígado não é do gestor, o gestor defende o usuário”. Ela faz subentender que os responsáveis são os profissionais de saúde, pois só estão preocupados com melhores condições de trabalho e com questões salariais. Em seguida uma conselheira, representante dos profissionais de saúde, a acusou de falta de ética, já que estaria colocando usuários contra profissionais. Nesse momento, há uma tensão evidente na plenária (gestores X profissionais de saúde).

O conselheiro profissional de saúde e membro da Comissão Executiva retomou a palavra e iniciou suas explicações, dizendo que os profissionais não são os culpados pela morte de ninguém e que na verdade quem tem culpa é o gestor que esperou desde ano passado para trazer esse processo para o Conselho. Acrescentou que isso é injusto com o Conselho e que não podemos tratar os conselheiros desta maneira. Segundo o mesmo, a coordenadora é gestora hoje, mas amanhã poderá não ser.

Ele encaminha como proposta que este processo retorne na próxima plenária, justificando que é necessário dispor de mais informações ou informações melhores detalhadas em relação a esse processo para que o mesmo seja deliberado em plenária.

A segunda proposta, encaminhada pela coordenadora da reunião, aponta para a aprovação do processo, porém com indicação para central de transplantes de que seja respeitada a alternância entre o hospital público e privado, como por exemplo: realizar um transplante no Hospital Federal de Bonsucesso - HFB e o próximo no Hospital Quinta D’or, para que desta forma se mantenha o equilíbrio da realização desses transplantes, e conseqüentemente para que o HFB volte a fazer as cirurgias, o que hoje não está acontecendo.

As duas propostas são colocadas em votação. Nesse instante, um conselheiro representante dos usuários chega ao exato momento da votação e vota a favor da segunda proposta. Ao ser questionado por outros conselheiros, que

afirmavam que ele votou sem saber do que se tratava e indignados com tal postura, este dispara: “eu voto com os companheiros do movimento, é assim que se articula”. Instaura-se um grande conflito entre esse conselheiro e outros presentes, o falatório é generalizado, outros conselheiros que estavam no corredor entram novamente no auditório e a Guarda Municipal é acionada.

Como resultado é aprovado o credenciamento do Hospital Quinta D’or para transplantes de rins e fígado, em uma votação estreita: treze votos a favor e onze contra a segunda proposta.

Em seguida, iniciaram-se na plenária fortes manifestações. O secretário executivo do CMS-RJ interferiu informando a todos que a todo o momento o Regimento Interno do CMS-RJ está sendo desrespeitado, a partir do momento que é permitido ao observador se manifestar onde os mesmo tem apenas o direito apenas a palavra em circunstâncias específicas e não de votar.

O voto é prerrogativa do conselheiro. O observador tem direito apenas a falar quando solicitado e quando permitido pela lei. Fora isso qualquer outro tipo de manifestação só de quem é conselheiro. O conselheiro que não esteja de acordo com o ambiente, que não esteja de acordo com o respeito ao trabalho, a Mesa tem que tomar providências para que o trabalho possa prosseguir, então antes da Mesa tomar uma providência peço encarecidamente a todos do Plenário para manterem a ordem para podermos dar continuidade ao nosso trabalho, caso isso não ocorra eu sugiro que a Mesa tome providências no sentido de promover a ordem no Plenário. (ATA DA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CMS-RJ DE 12/04/2011).

Essa fala foi dirigida a observadora, membro do SINDSPREV-RJ, em uma de suas intervenções. O seu potencial de liderança entre os conselheiros, sobretudo o segmento dos profissionais, e de inflamar as discussões do colegiado são percebidos pelos representantes da SMSDC-RJ, que se mobilizaram a fim de minimizar os efeitos de suas colocações nas reuniões do conselho.

O observador, ele não tem direito a voto, nem fazer propostas, nada. Lá funciona da seguinte maneira, o observador só observa e ponto. Lá só quem pode fazer proposta, pode pedir deliberação, pode pedir mudança de pauta, pode fazer adendo as propostas ou pedir questão de ordem são os conselheiros. (ENTREVISTA 6, CONSELHEIRO SEGMENTO - USUÁRIO).

No item quatro da pauta, foi apresentado o Termo de Compromisso de Gestão Municipal, que é um dos instrumentos de planejamento do SUS elaborado de quatro em quatro anos, no início de cada mandato, e revisado anualmente. Foi composto um grupo de avaliação deste documento, com dois conselheiros (um do segmento dos usuários e um do segmento dos profissionais de saúde). Para a realização desta atividade foi utilizado um documento orientador elaborado pela SESDC-RJ, aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB, a fim de definir o critério para monitoramento das responsabilidades sanitárias, no que realizaram ou não referente aos sete eixos: Gestão do SUS; Regionalização; Planejamento e Programação; Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; Gestão do Trabalho; Educação na Saúde e Participação no Controle Social. A responsável pela apresentação encerrou dizendo que tanto o Termo de Compromisso, quanto o documento orientador foram disponibilizados para os conselheiros.

Nem todos os pontos de pauta visam à deliberação em reunião do colegiado. Alguns se limitam apenas a apresentação, esclarecimentos de dúvidas e informes sobre os temas determinados, como o item acima. Este fato foi relatado por um conselheiro:

A pauta tem um esquema. Vem convidado para falar sobre dengue, sobre... Agora nós tivemos até um pessoal da Fiocruz que veio falar sobre vacina. Tudo isso é falado na plenária. E os conselheiros... Quando é um encontro de pauta para ser aprovado ou não, os conselheiros votam. Quando é uma apresentação sobre dengue, sobre vacina todos os conselheiros, todos os participantes tem direito a voz pra tirar as suas dúvidas. Exemplo: "Essa vacina vai ser eficaz?". (ENTREVISTA 6, CONSELHEIRO SEGMENTO - USUÁRIO).

Passando para o ponto três, foram fornecidos os informes referentes à situação de convocação e contratualização dos prestadores de serviço ao SUS em caráter complementar. A representante da SURCA informou que o processo está em fase de finalização, e que nessa etapa ainda não há contrato e nem convênios assinados. No total se apresentaram 42 unidades; as que entregaram toda a documentação exigida no edital foram automaticamente habilitadas. No entanto, foi aberto um novo prazo, onde as que estavam com pendência na documentação tiveram mais um período para entregar toda a documentação. Foi informada a data da publicação no DOM-RJ, 28/03/2011, da chamada pública com a lista das unidades prestadoras segregadas em dois grupos, o primeiro que enquadra aqueles

que estão com toda a documentação correta e o grupo dois que contempla os que estão habilitados, mas com alguma pendência na documentação. Não houve manifestação entre os conselheiros presentes em relação a este tema.

Passando para o ponto seis, já que o item sete foi retirado da pauta devido à ausência do Secretário Estadual do Meio Ambiente, foram prestados esclarecimentos a respeito do Hospital Municipal Raphael de Paula Souza, conhecido como Hospital de Curicica, por um técnico da SMSDC-RJ. Segundo o mesmo, seriam dois os principais problemas que envolvem esse hospital: a reforma da unidade e os recursos humanos.

Com relação à reforma, a empresa responsável pela execução abandonou o processo no meio, ou seja, não honrou o contrato. A situação foi levada a RIOURB, Empresa Municipal de Urbanização, para tentar fazer com que a empresa retornasse, o que não ocorreu. Porém, foi escolhida uma nova empresa e com isso espera-se que as obras sejam retomadas o mais rápido possível.

A questão da escassez de recursos humanos foi atrelada a municipalização deste hospital, antes federal. De acordo com ele, há um grande número de profissionais federais se aposentando ou pedindo transferência para outros hospitais federais e a SMSDC-RJ tem encontrado dificuldade em alocar os funcionários da rede municipal, a solução encontrada foi a contratação via FIOTEC - Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde.

Após a fala desse representante da SMSDC-RJ, ele se colocou a disposição para os questionamentos dos conselheiros, no entanto, a Subsecretária Geral de Saúde, que presidia a reunião, interferiu afirmando que seria melhor se os questionamentos fossem realizados posteriormente.

Em seguida, um conselheiro, do segmento dos profissionais, que já estava inscrito pediu a palavra e iniciou afirmando que o tema acima foi solicitado por ele como ponto de pauta durante uma reunião da Comissão Executiva.

gostaria primeiro de explicar aos conselheiros, que hoje temos alunos presentes nesta reunião do Conselho e, explicar para os mesmo que é sempre assim, aqui é um embate que o povo pode pelo menos pensar em fazer controle social. Por enquanto não temos o controle social efetivo no país, mas temos conseguido colocar algumas questões. (ATA DA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CMS-RJ DE 12/04/2011).

Foram realizadas uma série de questionamentos (descrito como questões de esclarecimentos no Regimento Interno) por diversos conselheiros e até por não conselheiros, fato este que vai de encontro ao documento supracitado. Entre as falas dos não membros do CMS-RJ, destaca-se a de uma pessoa que aparentemente participa de algum movimento sindical e que afirma que foi chamada pelos trabalhadores do hospital preocupados com essa situação. E partir de uma assembleia realizada no mesmo hospital (com participação de diversos sindicatos como SINDENFRJ, SINFAERJ, SINMED, SINDSPREV, entre outros) foi decidido levar as seguintes dúvidas para representantes da SMSDC-RJ: se haverá o fechamento da unidade? O porquê da redução para 70 leitos já que o Hospital tem capacidade para 1200 leitos? Se a Transcarioca (corredor expresso exclusivo para ônibus articulados) irá passar pelo espaço físico que Hospital ocupa? Se haverá concurso público por parte da Prefeitura do Rio de Janeiro? Além disso, foi determinado também um abraço simbólico ao hospital por trabalhadores e pela comunidade, que, segundo a mesma, representa um ato em defesa da unidade e não um ato sindical.

Novamente, a não conselheira e membro do SINDSPREV-RJ interveio na discussão afirmando que a atual gestão privilegia a privatização, a contratação pela precarização da relação de trabalho. E que atualmente a questão da avaliação de desempenho dos servidores vem sendo utilizada pela gestão como forma de assédio moral e de ameaças a esses.

a Prefeitura tem que parar com esse discurso que era uma unidade municipalizada. Hoje, é uma realidade, é uma unidade municipal e está dentro do organograma da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, que tem que assumir a responsabilidade por completo da gestão de recursos humanos, de equipamentos, de medicamentos e atender a população e, parar de apostar na terceirização, na privatização, na precarização desta relação de trabalho e começar a investir em concursos públicos, infraestrutura na unidade. Há pouco tempo atrás essa unidade recebeu muitos recursos financeiros para construir uma maternidade. Pergunto, onde foi parar esse dinheiro? Até hoje não se prestou contas disto, enfim, a Prefeitura tem que ser responsável. Ontem foi uma unidade federal; hoje uma unidade municipal e infelizmente hoje não tem gestão e nem condição de trabalho. (ATA DA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CMS-RJ DE 12/04/2011).

Ao solicitar, mais adiante, um pedido para encaminhamento de propostas. A presidente do Conselho em exercício a interrompe informando para a pessoa que ela não é conselheira e pelo Regimento não poderá fazer propostas.

Percebe-se que esta “observadora” tenta seduzir os conselheiros a assumir seu posicionamento na plenária (o que o tornaria legítimo, pois partiria de um conselheiro). Essa sedução é percebida ao realizar pequenas reuniões dentro da reunião ordinária a fim de expressar suas concepções e intenções para um grupo de conselheiros (aparentemente com quem possui mais afinidade) a fim de encorajá-los a tomarem para si o seu discurso. Desta forma ela expressaria seu posicionamento no colegiado pela via das prerrogativas dos conselheiros (voz em qualquer circunstância e voto). Por expressão, entende-se

tudo aquilo que, tendo se transformado e determinado de alguma maneira no psiquismo do indivíduo, exterioriza-se objetivamente para outrem com a ajuda de algum código de signos exteriores. A expressão comporta, portanto, duas facetas: o conteúdo (interior) e sua objetivação exterior para outrem (ou também para si mesmo). (BAKHTIN, 2006, p. 113).

A retórica, vista como a arte de argumentar, de persuadir e de seduzir através do discurso, é um elemento imprescindível na função deliberativa do CMS-RJ, no sentido de discussão para tomada de decisão.

A persuasão tem como principal objetivo levar alguém a aceitar alguma situação ou optar por uma determinada posição e esse aspecto da retórica está fortemente atrelado ao recurso da sedução, que se utiliza de elementos estéticos, como certas construções, metáforas, imagens e jogos lingüísticos. A adesão de alguém a certas ideias é feita através de gestos, palavras ou imagens que estimulam nela sentimentos ou desejos ocultos. Através da persuasão o orador reforça os seus argumentos despertando emoções, de modo a criar uma adesão às suas teses pelo restante do grupo. Convém salientar que a retórica se preocupa com a adesão do auditório, entendido como o conjunto de todos aqueles que o orador quer influenciar mediante o seu discurso. (AMARAL, 2008).

A retórica, portanto, configura-se como a arte do bem falar e, conforme apontado por Amaral, apoiada nas premissas de Michel Meyer, possui uma série de objetivos, como:

- 1) persuadir e convencer, criar o assentimento;
- 2) agradar, seduzir ou manipular, justificar (por vezes a qualquer preço) as nossas ideias para as fazer passar por verdadeiras, porque o são ou porque acreditamos nelas;
- 3) fazer passar o verossímil, a opinião e o provável com boas razões e argumentos, sugerindo inferências ou tirando-as por outrem;
- 4) sugerir o

implícito através do explícito; 5) instituir um sentido figurado, a inferir do literal, a decifrar a partir dele, e para isso utilizar figuras de estilo; 6) utilizar uma linguagem figurada e estilizada, o literário; 7) descobrir as intenções daquele que fala ou escreve, conseguir atribuir razões para o seu dizer, entre outras coisas através do que é dito. (AMARAL, 2008, p. 46 – 47).

Posteriormente, o conselheiro, membro da comissão executiva que sugeriu o tema de pauta em discussão, apontou como proposta a criação de um grupo de trabalho dentro do CMS-RJ para debater a questão dos rumos do Hospital Rafael de Paula Souza, composto por um representante do Conselho Distrital da AP4, um representante da Comissão Executiva ou mais pessoas. Esse grupo teria um prazo 40 dias para apresentar os trabalhos, iria realizar visitas, apresentar relatório, fazer um levantamento de dados para o CMS-RJ.

A proposta foi acatada pela mesa coordenadora, no entanto a presidente do CMS-RJ em exercício ressaltou que pela sua experiência dificilmente esses grupos de trabalhos retornam com resultados concretos e objetivos e solicitou ao conselheiro que realizou a proposta para que se empenhasse para indicar as pessoas que comporiam o grupo até o final da reunião. Após um período foi confirmado o nome de quatro pessoas no grupo de trabalho: um conselheiro usuário, um conselheiro profissional, um representante da AP-4 e um representante do segmento do gestor.

Esse tema e a forma com que se desenvolveu na reunião permite destacar alguns aspectos relacionados a esta instância, como: presença impactante do movimento sindical no cotidiano do conselho e habilidades dessas pessoas que compõem esse movimento em persuadir e seduzir através da retórica.

A questão sindical é muito forte dentro do conselho. A ação sindical encontra-se, frequentemente, permeada por concepções de participação, organização, militância. O movimento sindical na maior parte das vezes apresenta-se como mais organizado e politizado quando comparado a outros movimentos sociais, e uma das razões para isso é o seu histórico de luta e mobilização de classes.

Eu venho de uma categoria, que há anos atrás a gente se encontrava para discutir nosso papel, aí a gente fazia a nossa reivindicação [...] se falassem que não, não tinha problema, o pau ia quebrar na rua: fazia greve, paralisava a fábrica, pancadaria e tudo, aí a gente conseguia. Era muito forte. [...] Os metalúrgicos eles eram o centro da discussão de tudo isso que está aí, todo acordo coletivo nosso era respaldo para o governo fazer o

salário mínimo nacional. O metalúrgico foi quem desenvolveu o país. Em 1964, o golpe de 64 foi dos metalúrgicos lá na Rua Ana Nery. Então o metalúrgico, ele é a ponta de lança. Todas as conquistas aí vieram através dos metalúrgicos. (ENTREVISTA 4, CONSELHEIRO SEGMENTO - USUÁRIO).

O segmento que mais possui entidades de cunho sindical é o dos profissionais de saúde. Dos dez conselheiros deste segmento, sete representam sindicatos de categorias profissionais. E entre os dois membros da Comissão Executiva que representam os profissionais, ambos são de origem sindical (medicina e farmácia).

O item sete da pauta diz respeito aos quatro computadores, usados, doados pelo Banco do Brasil em conjunto com uma impressora e uma TV de LED de 32 polegadas doados pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, no intuito de incentivar a inclusão digital entre os conselheiros. Porém, como os quatro computadores doados pelo Banco do Brasil nunca funcionaram é necessário que seja dada baixa a essas doações e para isso deve ser registrado em ata.

Ainda com relação a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, foi enviado uma verba ao CMS-RJ, por este órgão a fim de auxiliar as despesas das Conferências de Saúde (municipal e distritais), no entanto o conselho utilizará parte desse recurso em despesas com infraestrutura para o conselho, na adequação do auditório da SMSDC-RJ onde são realizadas as reuniões ordinárias.

O conselho vai gastar um bom dinheiro, só acho que não vai conseguir fazer isso antes da conferência, tomara que consiga, adequando aquela sala ao conselho. Aquela acústica vai ser melhorada, a iluminação vai ser melhorada, datashow fixo, computadores no local certo, porque a gente reinventa a roda a cada planária, né? Tem sempre que instalar datashow, tem sempre que instalar computador... as cadeiras estão sempre fora do lugar. A intenção é fazer um auditório de verdade na sala Mari Baran. Aí um dia alguém vai ter coragem de chamar de auditório Mari Baran. Que hoje em dia chamam de sala porque ninguém tem coragem de chamar de auditório. (ENTREVISTA 5, CONSELHEIRO SEGMENTO - GESTOR).

Esse investimento na infraestrutura do CMS-RJ representa parte das mudanças em que o conselho será submetido e estima-se que reflita em melhores condições de organização e estruturação da referida instância e conseqüentemente em um melhor desempenho na sua função vital, que deliberar sobre as políticas de saúde no município.

A reunião foi encerrada com um pedido de desculpas de um membro da Comissão Executiva com relação ao acionamento da Guarda Municipal do Rio de Janeiro nesta plenária, que se fez necessário, segundo ele, devido ao tumulto gerado durante a deliberação sobre o credenciamento do serviço de Transplante Renal no Hospital Quinta D'or. E afirmou ainda que o Regimento Interno do CMS-RJ tem sido constantemente ferido, que apesar de se tratar de um espaço democrático, possui regras e normas que devem ser cumpridas.

6.2 Deliberação e comunicação no CMS-RJ

Os quadros anteriores foram utilizados numa tentativa de reproduzir o mais próximo possível o ambiente das plenárias do CMS-RJ. Porém, em virtude da dispersão de temas abordados durante as reuniões, propôs-se neste tópico restringir a descrição a aspectos mais diretos que envolvem a deliberação e a comunicação neste ambiente.

Neste caso, analisamos os processos deliberativos relacionados com o “antes”, “durante” e o “depois” da deliberação executada nas plenárias. O momento que antecede a deliberação refere-se à elaboração da pauta (como é elaborada e de que modo), o durante seria a reunião ordinária (a comunicação praticada entre os diferentes atores na arena deliberativa que favorecem as articulações, consensos e dissensos) e o momento pós-deliberação (compreende a homologação pelo Secretário Municipal de Saúde e os dispositivos de divulgação).

Desse modo, a primeira etapa do processo deliberativo constitui-se pela elaboração da pauta. No CMS-RJ a pauta é determinada essencialmente pelas demandas que chegam à Secretaria Executiva do Conselho, que organiza essas demandas e elabora a primeira versão da pauta, ou seja, a proposta inicial de pauta. A partir de então, a Comissão Executiva, que se reúne toda primeira terça e quinta feira do mês, avalia os pontos de pauta, julga o que vai ser contemplado ou não e também é lhe dado o direito de incluir novos assuntos.

Mas a pauta, na sua maioria, é formada por propostas da secretaria executiva, que assim acumula toda a documentação que entra no conselho, todas as necessidades, né? Que vem de fora. [...] Leva para a reunião da comissão executiva do conselho que também pode trazer determinados assuntos e ali é formada a pauta. (ENTREVISTA 1, CONSELHEIRO SEGMENTO- GESTOR).

Como eu sou da executiva, eu tenho acesso à pauta. Eu até... praticamente até chego a elaborar a pauta com alguma coisa. A pauta de modo geral tem mais é processo, são mais processos, que são resolvidos ali em meia hora. Agora, elaboramos a pauta no sentido também de discussão de coisas que sejam do momento. Por exemplo, no momento atual é o Pedro II. (ENTREVISTA 7, CONSELHEIRO SEGMENTO- USUÁRIO).

A rotina de elaboração das pautas no conselho constitui-se como requisito fundamental e ponto de partida para a compreensão da comunicação relacionada aos processos deliberativos nesses espaços.

Os conselheiros entrevistados salientaram a forte presença do segmento gestor (Poder Executivo) ou na construção da pauta, por meio das demandas oriundas da SMSDC-RJ, uma vez que a Secretaria Executiva faz parte do organograma da SMSDC-RJ e dedica-se exclusivamente à gestão das atividades do conselho.

A análise das pautas das reuniões do conselho permite identificar a preponderância do Executivo, seja pelo assunto mais ligado à gestão, seja pelo 'olhar' sobre o assunto que orienta a discussão – mais para 'como fazer' (gestão, problemas de implementação) e menos sobre 'o que' fazer ou sobre as consequências na saúde da população daquilo que já foi feito e da maneira como foi feito. (Escorel; Moreira, 2009).

A preponderância do Executivo na elaboração da pauta, de acordo com Côrtes, (2002), limita as questões que entram na pauta de discussão, faz com que assuntos importantes para as políticas de saúde municipal, permaneçam como não questões. E conseqüentemente, estando fora da agenda de discussões, as decisões relativas a eles serão tomadas em gabinetes, ou recorridas ao Legislativo, longe, portanto, do domínio público.

A pauta que foi decidida pela Comissão Executiva para a reunião do colegiado passa pela deliberação ou não do colegiado, podendo ser aprovada ou não.

Então, na reunião deles [Comissão Executiva] inserem-se situações que acontecem no conselho, eles decidem quando podem decidir, quando não, levam pra reunião de colegiado decidir. Às vezes decidem sem levar para o colegiado devido à urgência, mas depois são obrigados a levar pra lá pra prestar contas do que fizeram e pra ter inclusive o apoio do colegiado de como eles fizeram. [...] Se não tiver apoio é chato, isso é chato. (risos) Eles

vão ter que refazer o que fizeram. (ENTREVISTA 1, CONSELHEIRO SEGMENTO- GESTOR).

A votação pela aprovação ou não da pauta consiste numa pré-discussão, pois teoricamente não é um ponto de pauta.

Então a maior parte dos conteúdos de cada pauta parte da secretaria executiva que leva para a comissão executiva. E nós avaliamos o que vai pra pauta. Mas também como proposta, que é apresentada ao colegiado para ver se aprova ou não. [...] Porque se um determinado conselheiro propor uma pauta diversa daquela, se por maioria de votos o colegiado achar que tem ser, acabou. Eu nunca vi acontecer... Mas na teoria é possível. (ENTREVISTA 5, CONSELHEIRO SEGMENTO- GESTOR).

No entanto, essa aprovação pode configurar apenas como um ato meramente simbólico devido às normas estipuladas para alteração dos pontos da pauta pelo Regimento Interno, que determina que as matérias para as pautas devem ser enviadas para o exame prévio da comissão executiva a fim de serem pautadas para a próxima reunião posterior ao exame.

A aprovação da pauta, essa aprovação é uma coisa assim meio pra inglês ver, porque na verdade ela já vem pré-aprovada. O próprio regimento diz que só pode ser alterada alguma coisa na pauta só de uma reunião pra outra. Ela tem um mecanismo, as pessoas interessadas em sugerir algum assunto na pauta tem um prazo pra encaminhar pra comissão executiva aquele assunto pra vir a constar na pauta. Entendeu? Então aquela aprovação lá é uma [...] porque na verdade ela vai pré-aprovada. (ENTREVISTA 1, CONSELHEIRO SEGMENTO- GESTOR).

Além de um desconhecimento com relação a essa determinação do Regimento Interno (segundo o mesmo, a pauta só pode ser alterada, com inclusão de novos itens, de uma reunião para outra) mesmo inclusive entre conselheiros do mesmo segmento, o que aponta para uma reiteração dos mecanismos de poder exercidos pelos membros da Comissão Executiva em comparação com os demais conselheiros. Mais um aspecto que ratifica essa percepção é outra atribuição da Comissão Executiva que se trata da seleção dos conselheiros que irão compor a mesa coordenadora da reunião.

Na realidade quem determina a composição da mesa é a executiva, ela define previamente quando faz a pauta. [...] Normalmente é um usuário que faz parte, um profissional da saúde e um gestor, normalmente quem faz parte da mesa é um representante de cada segmento. Mas isso é tudo

deliberado antes, normalmente se faz isso quando se faz a elaboração da pauta, né? (ENTREVISTA 2, CONSELHEIRO SEGMENTO-PROFISSIONAL).

No que se refere à divulgação prévia da pauta, todos afirmaram que tomam conhecimento de seu teor anteriormente a data da reunião ordinária e que o meio de divulgação consiste em e-mail e telefone.

Eles tomam conhecimento com antecedência, por exemplo, a pauta de terça-feira tá saindo agora, é tá sendo divulgada hoje (uma quinta-feira) pra terça-feira (dia da reunião do CMS-RJ). Ela é divulgada por e-mail e a gente ainda liga pra cada um dos conselheiros pra falar da reunião dos últimos termos e pra ler ainda a pauta pra eles pelo telefone: “eu mandei pro seu e-mail” “ah, mas lê aí pra mim”. Isso acontece. (ENTREVISTA 1, CONSELHEIRO SEGMENTO- GESTOR).

O segundo momento do processo deliberativo, representado pelas reuniões do colegiado, e para efeito deste estudo apenas as reuniões ordinárias, configuram-se como o ápice desse processo.

A articulação prévia para a reunião ordinária ocorre de maneira diferenciada entre os segmentos. Quando questionados se havia alguma interação antes da reunião para algum fechamento sobre determinado ponto de pauta, foi verificado que sim, mas de maneiras distintas. Constatou-se que entre os segmentos há a formação de subgrupos ou ‘panelinhas’ representados pela familiaridade entre as entidades que os compõem. No segmento dos usuários há uma maior proximidade entre os (dez) conselheiros que representam os conselhos distritais; entre os profissionais é notória uma interação maior entre os (sete) membros oriundos dos sindicatos de classe; e finalmente entre os representantes do segmento gestor, os (3) membros da SMSDC-RJ possuem uma relação mais próxima.

Entre os representantes do gestor, o entrevistado afirma que não existe um acordo pré-estabelecido, mas na prática isso acaba ocorrendo entre os membros da SMSDC-RJ.

[...] acaba até acontecendo entre os membros que são da secretaria. Mas, não existe uma regra, não existe um sistema montado dos conselheiros nomeados pelo secretário se reunirem para formar uma opinião única. Na minha opinião deveria existir, né? Porque afinal de contas nós somos um grupo, né? O Secretário [Municipal de Saúde] me nomeou para aquela

vaga, então ele espera alguma coisa de mim, se não sei o que é..., como eu vou discutir. (ENTREVISTA 5, CONSELHEIRO SEGMENTO- GESTOR).

O mesmo aponta ainda sua visão a respeito da articulação prévia entre os outros segmentos.

Mas eu tenho certeza que os sindicatos se reúnem antes da reunião e eu apoio. Isso só não acontece com os usuários... e quando acontece alguma reunião prévia entre os usuários é para um ponto específico, e não é nem para discussão é para uma tomada de decisão... “vamos votar contra uma decisão”... É um arranjo de decisões só para o voto. É um convencimento meio que na marra. Com relação aos sindicatos, eu tenho certeza que os sindicatos se reúnem, porque é da natureza do movimento se reunir para tomar essas decisões. Eu acho muito bom. (ENTREVISTA 5, CONSELHEIRO SEGMENTO- GESTOR).

Entre o segmento dos usuários, em específico os representantes dos conselhos distritais, há uma organização estabelecida através da reunião interdistrital, implementada por iniciativa dos próprios CDS.

A interdistrital é a reunião dos dez conselhos distritais que se reúnem antes da reunião do municipal. É um fórum de discussão, na realidade um fórum de discussão de articulação. Foi um meio que nós tivemos de nos articular. Então, quando chega lá na reunião do municipal eles não estão articulados e então se cria aquele tumulto todo para tentar nos manipular, mas sempre são rendidos porque nós temos uma articulação, nós temos 50% dos votos. (ENTREVISTA 6, CONSELHEIRO SEGMENTO- USUÁRIO).

Já entre os profissionais essa articulação ocorre entre os membros do CMS-RJ que representam os sindicatos de classe, mas ao contrário dos usuários não há uma regra e fica a cargo do tema e da conjuntura em questão.

Assim, depende do momento. Nós estamos até tendo, os sindicatos, por exemplo, eles começam a se interagir e agora. (...) Nós estamos fazendo mais reuniões de sindicato pra poder ver temas em comum, entendeu? (ENTREVISTA 3, CONSELHEIRO SEGMENTO- PROFISSIONAL).

Ao observar a dinâmica durante as deliberações na reunião do colegiado, verifica-se um conjunto de estratégias utilizadas pelos conselheiros, algumas já foram descritas anteriormente, como: confrontos que paralisam a reunião; polêmica sobre determinado assunto que desvia o foco da temática em questão; ataque pessoal e desestabilização de uma das lideranças do conselho e trancamento da pauta, expressado pela tentativa de adiamento de determinadas discussões.

Serão abordadas neste momento outras estratégias utilizadas pelos conselheiros a fim de influenciar o rumo das deliberações de acordo com os interesses envolvidos. Cabe lembrar, que os interesses em jogo contemplam três grandezas: individual, da entidade e do segmento que representa, dessa forma, pensamos em cada conselheiro como uma unidade, ou um elemento de um complexo mercado simbólico.

A primeira destas estratégias pode ser descrita pela grande movimentação entre os presentes, marcado por um entra e sai entre a sala de reunião e corredor. Há formação de pequenos grupos durante as exposições, as pessoas trocavam de lugar por diversas vezes, dando a impressão que estavam formando coalizões diante determinadas posições. A mesa de café é o principal local de formações desses grupos.

Você pode reparar que esses movimentos de saída que quem tá de frente pra mesa é uma saída assim, pra esquerda. Você pode reparar que quem puxa esse movimento são sempre as mesmas pessoas, né? . Se você já está descolado nesse tema, se você já sabe esse tema, ótimo, né? Mas se você não está descolado naquilo, (...) então ele é levado lá pra fora só pra alguém fazer a cabeça dele, né? Para que ele votar assim ou assado, então ele acaba perdendo uma discursão que pra ele é fundamental. (ENTREVISTA 5, CONSELHEIRO SEGMENTO- GESTOR).

Este conselheiro argumenta, ainda, que o conselho possui a sala de reunião que fica disponível para os conselheiros durante a semana inteira, sendo necessário somente o agendamento na Secretaria Executiva do CMS-RJ e que as pessoas não utilizam aquele espaço para discussão e deixam para discutir no exato momento da reunião.

Percebe-se que há uma forte presença de conversas paralelas durante todo o período, o que ocasiona por muitas vezes o pedido de tempo pela mesa coordenadora. Todavia, as conversas paralelas não são exclusivas do plenário, ocorrem também entre os membros da mesa coordenadora, só que em menor frequência. A fim de se tentar reestabelecer a ordem que garanta o prosseguimento das atividades, é acionada uma espécie de campanha toda vez em que é gerado certo tumulto, que fatalmente prejudica o andamento da sessão.

No entanto a reação do plenário varia de acordo com a pessoa que está discursando: tem conselheiros que são muito bem aceitos pelo colegiado, pelo seu

segmento; e tem alguns que possuem uma rejeição notória pelo colegiado e também, pelo seu próprio segmento. Essa constatação pode ser originada por diversos motivos, como a própria atuação do conselheiro, a capacidade de interlocução deste, habilidades na retórica, o capital social presente nestas relações, entre outros.

Se você sentar na primeira fileira e é o que eu faço sempre, quando um conselheiro vai falar, você percebe o poder que ele tem sobre o colegiado com o barulho que você ouve atrás, aquele conselheiro que o colegiado considera importante é um silêncio total, e aquele que o volume de fala atrás continua igual ou piora é aquele que o colegiado rejeita. (ENTREVISTA 5, CONSELHEIRO SEGMENTO- GESTOR).

Considera-se aqui, “a tese Bakhtiniana que as relações ideológicas e de poder se dão no centro vivo do discurso”, visto que, “tomar a palavra é participar automaticamente do jogo de poder” e ainda que a mesma palavra dita por diferentes atores, que ocupam posições também diferentes, já não é mais a mesma palavra. Assume-se que a legitimidade discursiva é determinada por inúmeros fatores que vão além da posição social e institucional, passa por interesses individuais, grupais e de classe, pela história das relações anteriores, pela forma da mediação discursiva, e pela concorrência de outras falas. “É o reconhecimento de um discurso como legítimo, pelos receptores, que instaura as relações de poder que lhe são inerentes”. (ARAÚJO, 2000, p. 144 - 145).

O falatório do plenário diante de determinados discursos pode configurar como uma ação involuntária (caracterizada pelo desinteresse) ou como uma ação voluntária, utilizada como uma estratégia desviante da atenção de outros conselheiros.

Os embates entre os conselheiros são fortes e demonstram uma guerra de forças e de poder entre os mesmos. Uma prática que chama a atenção é a união ou confronto entre os mesmos conselheiros dependendo do assunto abordado. Ora, eles se unem, ora guerreiam defendendo suas respectivas posições. Os discursos são repletos de questionamentos dirigidos a diversos atores, chegando por muitas vezes a serem agressivos. Em alguns momentos foi utilizado um linguajar chulo.

A condução do debate e deliberação pela mesa coordenadora ou por quem está presidindo a reunião também possui uma perspectiva estratégica, visto que algumas questões ficam no campo da subjetividade como, por exemplo, o

acolhimento de uma proposta, mesmo que não se apresente como tal e a atenção e forma com que um tema é conduzido durante a reunião.

O conselheiro ele tá ali pra defender a bandeira dele, então ele tem ali a oportunidade de se expressar. Aí caso a plenária perceba que realmente ele tá colocando algum ponto importante, que é alguma coisa relevante, aí realmente é dado uma conotação foco mais de proposta. (ENTREVISTA 2, CONSELHEIRO SEGMENTO- PROFISSIONAL).

Dependendo do tema que interesse ao governo é lógico que ele pode ser mais rápido, pode ser mais lento, ou então vai discutir de uma maneira mais simplista, vai então procurar não dar muito trela porque ele quer que aquilo seja aprovado ou não, se ele quer que seja aprovado então é claro que existe uma diferenciação dependendo do tipo de tema. (ENTREVISTA 3, CONSELHEIRO SEGMENTO- PROFISSIONAL).

Quanto ao período aberto para debate sobre um ponto específico da pauta, alguns afirmam que o tempo é suficiente, outros não. Porém, todos concordam que na maior parte das vezes as falas se repetem.

O tempo individual eu acho correto, porque é para pergunta. E as pessoas não utilizam para pergunta. Você pode discordar completamente do que uma pessoa falou e manifestar a sua discordância com uma pergunta. Uma pergunta que ele não tenha resposta, uma pergunta que ele não possa responder, que ele não tenha coragem se for o caso, mas querem fazer falação, aí realmente três minutos ficam pouco. Aí a pessoa vai lá e repete a mesma coisa. Pra marcar uma posição ou sei lá porque motivo. Por isso eu acho que três minutos tá ótimo. (ENTREVISTA 5, CONSELHEIRO SEGMENTO- GESTOR).

Não é suficiente não, a gente acha que, por exemplo, as vezes para algumas pessoas realmente três minutos é pouco, mas é uma coisa muito complicada, porque as vezes três minutos é muito tempo pra pessoas que falam um monte de abobrinha. A verdade é essa. (risos). (ENTREVISTA 2, CONSELHEIRO SEGMENTO- PROFISSIONAL).

Outro conselheiro aponta as assimetrias entre os discursos representados pelos bens simbólicos, sociais, econômicos e culturais dos conselheiros que os proferem e a desvantagem que o discurso mais popular possui nesse contexto.

Bom, eu acho muito estranho ali algumas questões. Porque assim, estão discutindo um tema, aí de repente entram num assunto que não tem nada a ver. Já presenciou isso? Uns tem capacidade para falar demais de uma coisa e outros de menos para outra coisa. E essas pessoas na falação

simples... acabou. (ENTREVISTA 4, CONSELHEIRO SEGMENTO-USUÁRIO).

Percebe-se a utilização do termo ‘falação’, em referência ao discurso, de forma recorrente por alguns conselheiros. Essa expressão é pronunciada de forma generalizada por vários membros independentemente do segmento que representa e em diversos momentos, como pode ser observada no trecho da entrevista acima e também em trechos nas atas.

Bakhtin atribui à palavra a função de indicador de mudanças sociais, ao afirmar que esta penetra em todas as relações entre os indivíduos, quer seja nos encontros da vida cotidiana ou nas relações de caráter político, são tecidas a partir de uma imensidade de fios ideológicos servindo de trama a todas as relações sociais em todos os domínios. Nesse sentido, considera a língua como produto da criação coletiva como um fenômeno social e que o sistema linguístico evolui ao passo do processo de evolução histórica de uma determinada comunidade linguística, contudo sem se esquecer de que a lógica da história da língua é a lógica dos erros individuais e dos desvios.

Se a transgressão não é percebida como tal e, por isso mesmo, não é corrigida, e se existe um terreno favorável para a generalização do erro [...], então este desvio torna-se a nova norma linguística [para a população em questão]. (BAKHTIN, 2006, p. 81).

Com relação ao processo de criação de palavras, Fairclough (2001, p. 236) contata que “há sempre formas alternativas de atribuir sentido à domínios particulares de experiência”.

Outro recurso discursivo utilizado de forma recorrente e observado no curso desta pesquisa foi a metáfora “venda de garrafinhas” empregada para designar as relações de forças entre os segmentos em alusão a uma possível manipulação sofrida pelo segmento dos usuários que possui um maior número de membros.

Teve um debate lá sobre o descredenciamento da clínica dos bombeiros [...]. Então, houve uma discussão sobre isso. Porque na realidade a clínica dos bombeiros ela não satisfazia mais o Sistema Único de Saúde, ela não atendia mais usuários, ela só atendia determinadas pessoas. Entendeu? Aí é a briga. Aí a discussão é assim: quem tem o maior número de garrafa. [...] É, garrafinha. **Vamos ver quem tem garrafinha pra vender.** Todos os usuários [...] vamos ver o que a gente faz. Então é votado. (ENTREVISTA 6, CONSELHEIRO SEGMENTO-USUÁRIO, grifo nosso).

(...) existe aquela coisa é, você é uma profissional da prefeitura, e você queria ou não queira você tem que brigar pelo seu patrimônio, e é a mesma coisa que você tá daquele lado, gestor, e você sabendo que você vai estar prejudicando um usuário: ah você não pode fazer nada porque você é um grupo, você é coletivo, não é você sozinho, né? É mais ou menos por aí, entendeu? É por isso que tem, existe assim essa **venda de garrafinhas** desses, entendeu? (ENTREVISTA 8, CONSELHEIRO SEGMENTO-USUÁRIO, grifo nosso).

Segundo Fairclough (2001, p. 241) “as metáforas estruturam o modo como pensamos e o modo como agimos, e nossos sistemas de conhecimento e crença, de uma forma penetrante e fundamental”. Complementa ainda que este recurso linguístico penetra em todos os tipos de linguagem e em todos os tipos de discursos.

Os segmentos do CMS são vistos como “engradados” onde a relação de forças se concentra em quem possuir “mais garrafinhas”, explicitando desta forma uma abertura para que haja manipulação entre os segmentos.

Será abordada a seguir a terceira e última etapa do processo deliberativo, constituída pela homologação e divulgação das deliberações.

A lei 8142/90 estabelece e define que cabe ao poder executivo homologar, as decisões do CMS. No entanto, não há um consenso ou uma definição formal entre os termos “deliberação” e “resolução” no CMS-RJ, às vezes tratados como sinônimos.

Via de regra as deliberações de órgãos colegiados são divulgadas por meio de resoluções. Ou seja, a deliberação é o conteúdo da decisão tomada por um colegiado e a resolução é o tipo de ato normativo. Desse modo, a resolução do CMS-RJ homologa a deliberação do respectivo conselho.

Com relação ao trâmite de homologação das deliberações no CMS-RJ,

Aqui funciona assim: sai como deliberação, apesar de que em outros conselhos [...], bom, mas sai como deliberação, né? E aí como hoje o presidente é o próprio secretário ele assina as deliberações como presidente do conselho. Aí vai pra ele mesmo essa deliberação pra ele homologar e fazer uma resolução onde ele assina como secretário. (ENTREVISTA 1, CONSELHEIRO SEGMENTO-GESTOR).

Tanto as deliberações quanto as resoluções são publicadas no DOM-RJ, além da página do conselho no portal da SMSDC-RJ. De acordo com o regimento

Interno do CMS-RJ, as deliberações do colegiado deverão ser identificadas, numeradas correlativamente e publicadas em Diário Oficial.

Porém a todo o momento o conselho toma decisões, contudo não há uma definição muito clara sobre o que vai ser publicado ou sobre o que não vai. As deliberações que são consideradas “internas” e, portanto rotineiras, ou que constituem o processo para uma deliberação maior não são publicadas.

Por exemplo, uma decisão simples, ah, você quer ver, há uns três colegiados atrás foi levado pra lá a questão do Hospital Municipal Rafael de Paula Souza. Foi criado um grupo de trabalho. O grupo de trabalho foi uma deliberação, a criação do grupo com os nomes das pessoas, foi publicado, legal. Mas na hora de discutir isso, de criar isso, houve uma discussão anterior, então essas deliberações menores que não tem uma repercussão não são publicadas. Publicado foi o grupo de trabalho com aquele objetivo, daqui um mês, dois meses, três meses, o conselho vai receber o relatório daquele grupo de trabalho, esse relatório não é publicado. Então só as decisões mais, assim, importantes é que são publicadas... As que realmente legalmente são necessárias de publicar. O que não é, o que é deliberação interna, rejeitar... mudar uma pauta aí não publica. (ENTREVISTA 5, CONSELHEIRO SEGMENTO-GESTOR).

Por não haver uma determinação formalizada do que deve ser publicado, seja como deliberação ou resolução, essa seleção fica muito no campo subjetivo, a depender dos funcionários da Secretaria Executiva do CMS-RJ, que realizarão esse juízo de valor: o que deve e o que não deve ser encaminhado para o presidente do Conselho/Secretário de Saúde.

A ausência de clareza a esse respeito faz com que os próprios conselheiros, pelo menos os com menor tempo de mandato, se confundam.

A gente não tem poder, quem faz isso tudo são eles. Aí é claro pode botar, pode ser que num momento você tem que assinar junto, entendeu? Você tenha que talvez assinar junto algum processo, mas as deliberações quem vai fazer são eles mesmos. Não assinei uma deliberação, nunca assinei nenhuma deliberação. (ENTREVISTA 3, CONSELHEIRO SEGMENTO-PROFISSIONAL).

Quanto a não homologação de uma deliberação do CMS-RJ, foram apontadas percepções distintas entre os segmentos:

Eu nunca vi, eu nunca vi o caso do secretário se recusar homologar uma deliberação. Eu nunca vi esse caso, mesmo nos momentos mais polêmicos

do conselho, comigo lá eu nunca vi acontecer, né? (ENTREVISTA 5, CONSELHEIRO SEGMENTO-GESTOR).

Manda quem pode, porque é formado da seguinte forma: discute, discute, discute, vamos discutir, vamos pra plenária, vamos pra executiva, mas aí chega um certo governo: olha gente, tem que comer isso aqui e acabou. É imposto. Você ganhou na votação, mas eu não quero assim, vai ser assim. [...] Ou cai no esquecimento, ou se não alguma coisa que tenha que deliberar ele encaminha pra câmara. (ENTREVISTA 8, CONSELHEIRO SEGMENTO-USUÁRIO).

Os caminhos alternativos para a deliberação sobre a saúde (Gabinete do Prefeito e Câmara de Vereadores) e a estratégia apontada para não se respeitar as decisões do conselho (cair no esquecimento) revelam a fragilidade desta instancia no que diz respeito a sua maior função que é a deliberação sobre os rumos da política de saúde no município.

Uma coisa que eu acho ainda é que o conselho não está ainda com a autoridade que deveria ter, mas espero que mais pra frente tenha. O parafuso está sem a ruela (risos). (ENTREVISTA 8, CONSELHEIRO SEGMENTO-USUÁRIO).

Porém, os conselhos de saúde contam com outras instituições de controle social nas políticas públicas, tais como auditorias, Ministério Público, ouvidorias, controladorias, Tribunais de Contas, comissões do Legislativo, entre outros, que devem ser acionados sempre que necessário.

Ao observar as deliberações tomadas durante o período estudado (as quatro reuniões ordinárias apresentadas anteriormente), percebe-se que a maior expressão do poder deliberativo do CMS-RJ se concentra nos processos de credenciamento, descredenciamento e habilitação, totalizando 17 processos. Deliberações sobre atas foram seis no total, pois tiveram duas reuniões em que foram apreciadas duas atas em cada.

O restante das deliberações refere-se aos pontos de pauta, considerou-se aqui as itens que já inscritos como deliberações e tomada de decisão sobre planos de ação, criação de grupos de trabalho, entre outros. Procurou-se desta forma se aproximar o máximo possível do entendimento das prováveis deliberações encaminhadas para publicação. Considerando que as deliberações sobre a

apreciação de atas e processos não são publicadas, conforme foi apontado anteriormente, contabiliza-se sete deliberações passíveis em serem publicadas/homologadas.

Ao comparar com as deliberações/resoluções, referente ao mesmo período, publicadas no *website* do CMS-RJ, percebe-se que um desencontro entre o que é passível de ser publicado e o que é de fato publicado, foram verificadas apenas duas deliberações e duas resoluções referente ao mesmo item: plano de ação da CEREST (reunião datada em 11/1/11) e ao grupo de trabalho do Hospital Municipal Rafael de Paula Souza (reunião datada em 11/4/11), respectivamente.

Há que ressaltar, porém, que as deliberações/resoluções passíveis de serem publicadas não foram verificadas no DOM-RJ, devido a escassez de tempo para a conclusão desta pesquisa, considerando que para fazer esta averiguação teriam que ser verificadas todas as publicações do DOM-RJ desde a primeira reunião (13/7/10) até os dias atuais, considerando possíveis atrasos e retificações.

Contudo, existem duas possibilidades para essa quantia ínfima de publicação dos produtos deliberativos: primeiro poder haver uma deficiência na atualização da página, considerando que as deliberações são publicadas corretamente no DOM-RJ, ou que não há publicação nem neste nem na página do CMS-RJ. Mesmo considerando a primeira alternativa, ou seja, publicação somente em Diário Oficial, o fato expõe uma deficiência na comunicação externa deste conselho, visto que o DOM-RJ não é o melhor meio para divulgação das ações do Conselho para a sociedade em geral.

Ambos os casos refletem uma falta de transparência e visibilidade nas ações do conselho que certamente influencia no tipo de controle executado nessa instância, pois se percebe que não há uma preocupação, de forma geral, por parte dos conselheiros na fiscalização da publicação das deliberações/resoluções.

Com relação aos dispositivos comunicacionais do conselho, foi verificado que o mesmo possui: página no *website* da SMSDC-RJ e projeto de desenvolvimento de *website* próprio, desvinculado da SMSDC-RJ; ponto de fax, computadores, acesso à internet; televisão, som, DVD, filmadora, máquina fotográfica e *Datashow*. Não possui: blog, apesar de alguns CDS possuírem blogs, não são considerados oficiais; comunidade em rede social; fórum de discussão; jornal ou boletim de informes e espaço regular em algum programa de rádio ou televisão.

A ausência de instrumentos comunicacionais, ou a inexpressiva posse destes revelam uma timidez ou mesmo desconsideração em relação à questão comunicacional praticada nesta instância, tanto internamente quanto externamente, refletindo diretamente nos processos de discussão e de decisão (deliberativos) e na divulgação das ações do Conselho. Nesse sentido, Oliveira afirma que:

o exercício [do controle social] tem como contrapartida fundamental a ideia de visibilidade no sentido de que diversos atores podem ver e compartilhar desse processo [...]. Sem visibilidade e compartilhamento não há projeto político ou ação pública. (OLIVEIRA, 2004, p. 66).

O pouco apreço ou indiferença quanto à necessidade do conselho de interagir com órgãos externos, a população ou outras formas de poder, é um dos fatores determinantes que justifica o descaso do legislativo com as petições do Conselho, como no caso das OSs.

7 CONCLUSÃO

O estudo da comunicação desenvolvida nos processos deliberativos do CMS-RJ permitiu gerar um conhecimento sobre a dinâmica, cotidiano e os processos comunicacionais que permeiam esta instância, sobretudo os relacionados às funções deliberativas, na perspectiva exploratória desta pesquisa.

Em virtude do que foi apresentado, percebe-se que os processos deliberativos do CMS-RJ são realizados em um ambiente em que as diferentes opiniões e o jogo de força entre os segmentos dos conselheiros se manifesta. A começar pela definição da pauta que é basicamente determinada pelos interesses da Gestão Municipal de Saúde.

A ausência de discussões mais amplas, a este respeito, faz com que nem sempre assuntos relevantes na área de saúde, fora do círculo dos interesses do gestor, sejam ali debatidos, principalmente no cotidiano da saúde, o que nos faz parecer que os conselheiros de saúde, principalmente representantes dos usuários, não pautam, ou pautam muito pouco, as questões ou prioridades do cotidiano dos diversos serviços em saúde, supondo que eles representam ali a população ou parte por dela por indicação ou pelo voto. O que pode significar certa fragilidade nesta representação.

Apesar disso, a pluralidade discursiva e funcional desta arena social nos mostrou que, democraticamente, a maioria das deliberações observadas nesta pesquisa foram sempre tomadas por votação e não por consenso, exatamente pela forte presença de conflitos e de disputa de sentidos por determinadas interpretações sobre a realidade ou os atos sobre a saúde. Os embates e conflitos ali verificados nos mostraram que os segmentos podem ser representados da seguinte forma, por ordem de grandeza: profissionais x gestores, usuários x profissionais e gestores x profissionais. No entanto, no universo estudado, constatamos poucos ou quase nenhum embate entre usuários x gestores e vice-versa.

Analisando o conjunto das deliberações tomadas no período estudado no CMS-RJ, estas não apontaram para um peso significativo sobre as amplas e graves questões de saúde que, certamente, afetam o dia-a-dia dos usuários, dos trabalhadores ou mesmo da Gestão Municipal. Com isso pode se entender que, no

geral, o Conselho de Saúde influencia pouco os rumos da Política Municipal de Saúde, sobressaindo, além disso, o seu papel de fazer prevalecer os desejos, as necessidades e intenções da gestão. A pergunta que fica é se apenas algumas decisões sobre o campo da saúde, na esfera correspondente, e dentro do elenco de prerrogativas legais do Conselho, são tomadas nesta instância ou por meio de outros dispositivos?

As Estratégias e táticas comunicativas e práticas utilizadas pelos conselheiros durante a deliberação baseiam-se em dois objetivos principais: a) estratégia desviante (confronto; geração de polêmica; ataque pessoal; desestabilização de lideranças e trancamento da pauta) e b) estratégia de convencimento (articulações, coalizões, movimentação na cena deliberativa, capital social exposto nas relações entre conselheiros, capacidade de interlocução e habilidade na retórica e sedução). Nesse sentido, cada ator constitui-se ao mesmo tempo como elemento ativo e passivo deste processo: disputam entre si e são disputados na negociação de sentidos, confrontam interesses e desenvolvem estratégias.

Já quanto ao investimento do CMS-RJ em meios de comunicação, que poderiam melhorar sua comunicação interna e externa, constatamos que ele é tímido, ou mesmo insatisfatório se considerarmos que todo e qualquer processo de controle social está ligado à comunicação (visibilidade, interação) e à informação (fluxos informativos que ajudam nas decisões coletivas). O seu não investimento em meios formais de comunicação, que favoreçam a pluralidade, a visibilidade, o compartilhamento e os fluxos informacionais, ficam comprometidas e contribuem para manter relações assimétricas ali, verificadas como uma estratégia de poder ou conformismo, pois o Conselho acaba girando em torno de si mesmo e distante da sociedade que representa e de outros órgãos públicos e organizações sociais. Isso dificulta o diálogo interno, além de se tornar um ente desconhecido e desimportante na esfera pública. E, podemos dizer ainda, que tal situação, se coloca em confronto com as recomendações do CNS e da 12ª Conferência Nacional de Saúde em seu décimo eixo.

Sendo o Conselho uma instância de representação popular, a sua comunicação externa, assim como a interna, é precária, como já apontamos. O envolvimento com outras instâncias e instituições ocorre, fundamentalmente, por meio dos convites para atividades e eventos. O único veículo de comunicação entre CMS-RJ e sociedade se faz por meio de uma página hospedada no *website* da

SMSDC-RJ, que por sinal não é nada amigável (de difícil acesso e de busca de informações sobre o Conselho), também não favorece em nada a interação com a sociedade (não há um “fale conosco” ou espaço para recados).

Não há uma política de comunicação que, por exemplo, envia mensagens ou e-mails para meios de comunicação (rádios, jornais, blogs, televisão, redes, etc.). O único jornal que divulga as ações e informes do conselho é feito por iniciativa de quem faz o jornal, um militante, que nem conselheiro é.

A sua invisibilidade ocorre à medida que não dialoga com a sociedade, comprometendo diretamente, e de forma negativa, o controle social exercido neste espaço. Verifica-se que não há uma preocupação dos conselheiros com essa questão, o que pode reiterar sua fragilidade deliberativa.

Além disso, constatamos que há uma concentração de poder entre os conselheiros que compõem a comissão executiva porque eles realizam deliberações prévias nas suas reuniões determinando a constituição da pauta; delegam a composição da mesa coordenadora (normalmente é um mesmo grupo que se reveza entre as reuniões) e indicam nomes para a composição de comissões, grupos de trabalho e atividades extra conselho. Entre esses se destaca um em especial, representante dos profissionais de categoria sindical. Este fato relaciona-se com o capital social (sob o aspecto negativo deste) e simbólico atribuído a este grupo que reflete a posição diferenciada que estes agentes ocupam nesse espaço e nas redes de relações que mantém com o restante do grupo.

A presença de relações assimétricas compromete a livre e desimpedida manifestação dos outros membros, pois fica restrita aos que dominam a cena, o que certamente influencia a dinâmica dos jogos de poder, e compromete o debate público que ali se estabelece.

Considerando a infinidades de públicos existentes no RJ e que possivelmente o CMS-RJ representa, dentre eles instituições de ensino e pesquisa, como foi observado, e as recomendações do CNS e da 12ª Conferência Nacional de Saúde, reiteramos aqui que não é possível o exercício do controle social sem práticas efetivas de fluxos eficazes de comunicação e informação, tanto internos quanto externos. Além disso, um conselho de saúde deve ostentar o seu caráter público e para isso necessita de uma política clara de construção de visibilidade e articulação com a sociedade que representa, para que esta possa saber o que faz ou deixa de fazer.

Finalmente, reiteramos e concluímos que o CMS-RJ se mostra demasiadamente tímido em relação a estes itens e, talvez por causa disso, se transforma em uma espécie de ator social autista que gira em torno de pautas que pouco afetam as políticas públicas de saúde, não obstante o envolvimento e o esforço extraordinário e generoso dos conselheiros dos três segmentos que ali atuam para que os princípios do SUS se tornem uma realidade e represente, fundamentalmente, o interesse coletivo da sociedade no campo da saúde.

Não obstante todos os percalços apontados, observa-se a importância desta arena discursiva para promover o bem público ou coletivo. As mudanças previstas para o novo mandato que se inicia em 2012, como: eleição da presidência do CMS-RJ; aumento do período de mandato dos conselheiros para quatro anos e do período entre as conferências também para quatro anos; aumento dos critérios de seleção das entidades e a intenção de criar um *website* próprio do conselho podem indicar o início de um longo caminho em que talvez a comunicação e a informação tenham uma maior prioridade na perspectiva democrática do controle social.

8 REFERÊNCIAS

AMARAL, D. P. **Faculdade de Educação da UFRJ**: argumentos pela sua constituição como território de formação teórica e prática dos licenciandos. Tese (Doutorado em Educação) - UFRJ/Faculdade de Educação/Programa de Pós Graduação em Educação. Rio de Janeiro: UFRJ/CFCH/FE, 2008.

ARAÚJO, I. S. **A reconversão do olhar**: prática discursiva e produção do sentido na intervenção social. São Leopoldo-RS, Ed. da Unisinos, 2000.

_____. **Mercado simbólico**: interlocução, luta, poder. Um modelo de comunicação para políticas públicas. (Tese de Doutorado). Rio de Janeiro, ECO/UFRJ, 2002.

_____. Razão Polifônica: a negociação de sentidos na intervenção social in **Revista Perspectiva em Ciência da Informação**. Belo Horizonte, MG: v.8, p46-57, 2003.

_____. Polifonia, concorrência discursiva e produção dos sentidos. O método do mapa do mercado simbólico. **UNirevista** - Vol. 1, n° 3: julho, 2006.

ARENDT, H. **A Condição Humana**. Tradução de Roberto Raposo. 10^a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

ATLAS.ti 5.0. **User's Manual for atlas.ti 5.0**. 2nd Edition -Berlin, June 2004. Copyright © 2003-2004 by Thomas Muhr, ATLAS.ti Scientific Software Development, Berlin. All rights reserved. Disponível em: http://www.atlasti.com/uploads/media/atlman_01.pdf. Acesso em 16 jul. 2011.

AVRITZER, L. Teoria democrática e deliberação pública. **Lua Nova**, São Paulo, n.50, p.25-46, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n50/a03n50.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2010.

BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**.. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 1989.

_____. O Capital Social: notas provisórias. In; NOGUEIRA, Maria Alice & CATANI, Afranio. **Escritos de Educação**. Petrópolis, 1998: Vozes.

BRASIL. Congresso. **Lei 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 da outras providências. 1990 (a).

_____. Congresso. **Lei 8.142 de 28 de Dezembro de 1990** - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as

transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. 1990 (b).

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS 196/96** - Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 333**, de 4 de novembro de 2003. Brasília, DF, 2003.

_____. **Programa Gestão Pública Empreendedora**. Ministério do Planejamento. 2003. Disponível em: <http://pgpe.planejamento.gov.br/os.htm>. Acesso em 20/7/2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 52/2006 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Luta pela saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 13ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro; Fase/Ibam, 1995.

CARVALHO, H. T. **Conselhos de saúde e práticas de comunicação/ação pelo controle público e invisibilidade social**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz. Rio de Janeiro, 1996.

COHN, A. Descentralização, cidadania e saúde. **São Paulo em Perspectiva**, vol. 6, nº 4, out./dez. 1992.

_____. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez Editora, 1996.

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

_____. **Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

CÔRTEZ, S. V. Fóruns participatórios na área de saúde: teorias do Estado, participantes e modalidades de participação. **Saúde em debate**, Londrina, n. 49/50, p. 73-79, mar. 1996.

_____. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 4, nº 7, jan/jun, p. 18-49, 2002.

_____. Introdução: atores, mecanismos e dinâmicas participativas. In: **Participação e Saúde no Brasil**. Soraya Vargas Côrtes (organizadora). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

CUNHA, F. T. S. et al. **Participação Popular e Intersetorialidade na Reforma Sanitária e no Sistema Único de Saúde**. (Relatório de Pesquisa). Rio de Janeiro: 2009.

DAGNINO, E. **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, n. 115, Mar. 2002 .

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: **Participação, Democracia e Saúde**/ Sonia Fleury e Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato (organizadoras) – Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Nísia Trindade Lima, Silvia Gerchman e Flavio Coelho Edler (organizadores). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Brasília: Universidade de Brasília, 2001.

_____. A Dialética do Discurso. **Revista Teias**, v. 11; n. 22, p. 225-234; maio/agosto, 2010.

FARIA, C. F. Estado e organizações da sociedade civil no Brasil contemporâneo: construindo uma sinergia positiva?. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, v. 18, n. 36, June 2010 .

FLEURY, S. et al. Municipalização da Saúde e o Poder Local no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 196-206, 1997.

FOUCAULT, M. Verdade e Poder. In: **Microfísica do Poder**. 2004. Rio de Janeiro, Edições Graal.

_____. (2006a). Poder e Saber. **Estratégia, Poder-Saber**. M. B. d. Motta (org). Rio de Janeiro, Forense Universitária: p. 223 - p. 240, 2006.

_____. (2006b). Diálogo Sobre o Poder. **Estratégia, Poder-Saber**. M. B. d. Motta (org.). Rio de Janeiro, Forense Universitária: p. 253 - p. 266, 2006.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOHN, M. G. Os conselhos municipais e a gestão urbana. In: SANTOS JUNIOR, Orlando. A.; AZEVEDO, Sergio; RIBEIRO, Luiz Cesar de 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. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 2, Aug. 2004b .

_____. **Movimentos Sociais e redes de mobilizações civis no Brasil contemporâneo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

GRAMSCI, A. **Cadernos do Cárcere**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001, v.3.

HABERMAS, J. **Mudança estrutural da esfera pública**: investigação quanto a uma categoria da sociedade burguesa. Rio de Janeiro: Ed. Tempo Brasileiro, 1984.

_____. **Direito e Democracia**: entre facticidade e validade. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997. Vol.II.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

IYDA, M. **Cem anos de saúde pública**: a cidadania negada. São Paulo: Editora UNIFESP, 1994.

INSTITUTO MUNICIPAL DE URBANISMO PEREIRA PASSOS – IPP. **Indicadores Ambientais da Cidade do Rio de Janeiro**. Secretaria Municipal de Urbanismo, Secretaria Municipal de Meio Ambiente – Departamento de Tecnologia e Informação. Rio de Janeiro: IPP, 2005.

YIN, R. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.

KELSEN, H. **A democracia**. Tradução de Ivone Castilho Benedetti, Jefferson Luiz Camargo, Marcelo Brandão Cipolla e Vera Barkow. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

KERBRAT-ORECCHIONI, C. **Análise da Conversação**. Princípios e Métodos. São Paulo, Parábola Editorial, 2006.

LABRA, M. E. Conselhos de Saúde: visões “macro” e “micro”. **Revista de Ciências Sociais**, v. 6, n. 1, jan.-jun., 2006.

_____. Política Nacional de Participação na Saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In: **Participação**,

Democracia e Saúde/ Sonia Fleury e Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato (organizadoras). Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1992.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional do Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Nísia Trindade Lima, Silvia Gerchman e Flavio Coelho Edler (organizadores). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LIN, N. **A Network Theory of Social Capital**. Duke University, 2005.

LOBATO, L. V. C. Prefácio. In: **Participação, Democracia e Saúde/** Sonia Fleury e Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato (organizadoras). Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

LUCHAMNN, L. H. H. A representação no interior das experiências de participação. **Lua Nova**, São Paulo, n. 70, p. 139-170, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n70/a07n70.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2010.

MACHADO, L. M. V. **Atores sociais**: movimentos urbanos, continuidade e gênero. São Paulo: ANNABLUME, 1995.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 4ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MARCUSHI, L. A. **Análise da conversação**. São Paulo: Editora Ática, 5ª ed., 2003.

MATOS, H. Apresentação. In: MATOS, H. **Capital social e comunicação**: interfaces e articulações. São Paulo: Summus, 2009.

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário**. O processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo - Rio de Janeiro – Hucitec - ABRASCO, 1993. P.221-236.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, set. 1993.

MINAYO, M. C. S. (2010a). Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 29ª ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

_____. (2010b). **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. **ParticipaNetSUS – Estrutura Virtual de Trabalho e Pesquisa**. Escola Nacional de Saúde Pública. Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa do Ministério da Saúde, 2008.

NOBRE, M. “Participação e deliberação na teoria democrática: uma introdução”. In: COELHO, V.; NOBRE, M. (orgs.). **Participação e deliberação: Teoria democrática experiências institucionais no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Editora 34, 2004.

O GLOBO *ONLINE*. **Incêndio atinge o Hospital Pedro II, em Santa Cruz**. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/rio/mat/2010/10/14/incendio-atinge-hospital-pedro-ii-em-santa-cruz-922785138.asp> . Acesso em 20/07/11.

OLIVEIRA, V. C. **Comunicação, Informação e Ação Social**. In: Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família / José Paranaguá de Santana (org.) Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/ Representação do Brasil, 2000.

_____. Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 56–69, 2004.

_____. Desafios e contradições comunicacionais nos conselhos de saúde In: **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Mídia, informação e controle público. In: SANTOS, Adriana (org.). **Cadernos de Mídia e Saúde Pública, Comunicação em Saúde pela Paz**. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2007, p. 71-79.

PONTE, C. F. Entre a saúde pública e a medicina previdenciária. In: **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Carlos Fidelis Ponte e Ialê Falleiros (organizadores). Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPVJ, 2010.

SANTOS, B. S. e AVRITZER, L. Para ampliar o cânone democrático. In Boaventura Sousa Santos (org.), **Democratizar a democracia: os caminhos para a democracia participativa**, Porto: Afrontamento, 2003.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 22^a ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SILVA, A. X.; CRUZ, E. A.; MELO, V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, June 2007 .

SILVA, M. K. Entre a norma e o factual: questões para uma análise sociológica dos processos de participação social na gestão pública. **Política e Sociedade**, Florianópolis, v.1, n. 1, p. 185-200, 2004.

TORO, J. B.; WERNECK, N. M. D. **Mobilização social: um modo de construir a democracia e a participação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

TORO, J. B. **Mobilização social: um modo de construir a democracia e a participação**. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 1997. 45 p.

VALLA, V. V. Controle social ou controle público? In: **Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer**. De Seta, Marismary Horsth; Pepe, Vera Lucia Edais; Oliveira, Gisele O'Dwyer de. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2006.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H.; JACKSON, D. D. **Pragmática da Comunicação Humana**. São Paulo: Cultrix, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS

BLOCO I - Identificação

- Nome: _____
- Idade: _____
- Sexo: () M () F
- Escolaridade:
 - () Fundamental () médio () superior () pós-graduação
- Profissão: _____
- Ocupação atual: _____

BLOCO II – Controle social

- Segmento que representa:
 - () usuários () profissionais de saúde () prestadores de serviço () gestores
- Entidade de representação: _____
- Conte um pouco de sua trajetória no controle social até assumir a função de conselheiro (a)?
- Ocupa alguma função específica no conselho? (Secretaria executiva, comissões...) Ou fora do conselho, mas que se relacione com sua posição de conselheiro? (comitês temáticos...)
- Gostaria que você me descrevesse a rotina de um conselheiro de saúde. (Reuniões ordinárias, extraordinárias, demais encontros, atribuições...)
- De que forma é definida a pauta das reuniões ordinárias e extraordinárias do conselho? Por quem? Em que momento? E de que modo?

BLOCO III – Comunicação

- Como ocorre a interação entre os membros do conselho?
- Que recursos interativos ou comunicacionais o conselho dispõe?

- () página na Web
- () blog
- () comunidade ou grupo em redes sociais
- () fórum de discussão
- () Jornal ou boletim de informes do conselho
- () espaço em algum programa de rádio ou TV de forma regular
- () telefone/fax
- () acesso à internet nos computadores do conselho
- () Câmera fotográfica ou filmadora
- () outros: _____

- Todos possuem acesso a filmagem da reunião ou ela é apenas um recurso para elaboração da ata? Como recuperar esses arquivos?

BLOCO IV – Deliberação

- Gostaria que descrevesse as etapas que constituem as assembleias deliberativas do conselho. (Leitura da pauta, tempo para discussão, votação, informe, etc.)
- Toda reunião inicia com a votação da ata da plenária anterior, no entanto, os conselheiros possuem acesso prévio, se sim, de que forma?
- Os conselheiros possuem acesso prévio ao conteúdo da pauta da plenária?
- A comissão executiva se reúne sempre uma (1) semana antes da plenária, isso se constitui como norma?
- Você considera o período aberto para debate suficiente para a deliberação do tema em questão?
- Em sua opinião todos os conselheiros possuem a mesma oportunidade de expressão durante a plenária ou existe alguma forma de diferenciação no tratamento e condução das propostas?
- Como você avalia o somatório das deliberações do conselho? Possuem impacto direto na situação de saúde do município ou são atos apenas administrativos ou burocráticos?
- Como ocorre o trâmite de homologação das deliberações?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Sr. (a) _____

Estamos desenvolvendo um estudo que visa **identificar e analisar a comunicação que se estabelece durante processo de deliberação do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro**, cujo título é: **COMUNICAÇÃO E DEMOCRACIA NOS CONSELHOS DE SAÚDE: um estudo de caso sobre os processos deliberativos do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro**. Por isso, você está sendo convidado (a) a participar deste estudo.

Esclareço que durante o trabalho não haverá riscos ou desconfortos, nem tampouco custos ou forma de pagamento pela sua participação no estudo. A fim de garantir a sua privacidade, seu nome não será revelado.

Estaremos sempre à disposição para qualquer esclarecimento acerca dos assuntos relacionados ao estudo, no momento em que desejar, através do (s) telefone (s): 3882-9033/ 3882-9063 e no endereço: Pavilhão Haity Moussatché - Av. Brasil 4365 - Manguinhos - Rio de Janeiro - R.J. Cep: 21045-900 Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde – ICICT/Fiocruz.

A presente pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, sendo aprovada, parecer nº 119A/ 2011, em 09 de maio de 2011.

É importante que você saiba que a sua participação neste estudo é completamente voluntária e que você pode recusar-se a participar ou interromper sua participação a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito.

Pedimos a sua assinatura neste consentimento, para confirmar a sua compreensão em relação a este convite, e sua disposição a contribuir na realização do trabalho, em concordância com a resolução CNS nº 196/96 que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

Desde já, agradecemos a sua atenção.

Pesquisador responsável

Rio de Janeiro, ____/____/____
dia mês ano

Assinatura do participante

Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - Comitê de Ética em Pesquisa.
Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 715 – Cidade Nova - Telefone: 3971-1590 -
www.saude.rio.rj.gov.br/cep / cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br

ANEXOS

