

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRO REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO A PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

POLÍTICAS PÚBLICAS E CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE:
DESAFIOS DA DEMOCRACIA DELIBERATIVA EM PARINTINS

Bolsista: Thais Pontes Maia, FAPEAM

PARINTINS – AM
2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRO REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO A PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

RELATÓRIO FINAL
PIB – H – 0054/2014

POLÍTICAS PÚBLICAS E CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE:
DESAFIOS DA DEMOCRACIA DELIBERATIVA EM PARINTINS

Bolsista: Thais Pontes Maia
Orientador: Professor Mestre Alexsandro Melo Medeiros

PARINTINS – AM
2015

RESUMO

Esta pesquisa de natureza científica propõe uma reflexão de caráter teórico e prático sobre a construção da democracia deliberativa e a importante contribuição dos Conselhos gestores de políticas públicas na concretização da democracia. Visando, entre outros objetivos, avaliar a experiência parintinense no cenário contemporâneo, com o aparecimento dos Conselhos Municipais no cenário político. Para tanto, a pesquisa foi aplicada no Conselho Municipal de Saúde Parintins, e tem como objetivo avaliar o Conselho Municipal de gestão de políticas públicas, buscando destacar os diversos fatores que limitam e dificultam a operacionalização dos Conselhos de Saúde diante da sua autonomia deliberativa, visto que os mesmos possuem o papel de tornar viável a participação popular diante da circunstância de fiscalizar, deliberar e aprovar as diretrizes das Políticas de Saúde no município.

Palavras-chave: Deliberação; Participação; Políticas de Saúde.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: elementos motivadores para ser conselheiro	38
Gráfico 2: o papel do cidadão na política	39

SUMÁRIO

Introdução	05
1. Políticas Públicas	07
1.1 Um breve recorte histórico da política pública no Brasil	10
1.2 O caminho da Política de saúde no Brasil e seu redirecionamento	11
2. Conselho de Saúde e Democracia Deliberativa	16
2.1 O Conselho Nacional de Saúde	19
2.2 O Conselho Municipal de Saúde em Parintins/AM	21
3. Metodologia	23
3.1 Do ponto de vista da forma de abordagem do problema..	24
3.2 Do ponto de vista dos procedimentos técnicos	25
3.3 Técnicas de coleta de dados	25
3.4 População, amostra e local	26
4. Análise dos Dados	27
Considerações Finais	40
Referências	42
Anexo: Nota Técnica do Orientador	45
Cronograma de Atividades	45

INTRODUÇÃO

Considerando que o Estado Democrático de Direito é o principal responsável por implementar Políticas Públicas que possam garantir com a efetividade dos direitos: civis, políticos, sociais, humanos e, considerando o princípio da Gestão Democrática e os mecanismos constitucionais de participação popular na ingerência da *res publica* (coisa pública), essa implementação não pode ou não deve ficar somente à cargo da Administração Pública. Por isso faz-se necessário a ampliação desses espaços deliberativos, buscando a aproximação da sociedade na implementação de Políticas Públicas através dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas, dentre eles, os Conselhos de Saúde.

Segundo Campos (2006) Os Conselhos de Saúde têm por objetivo monitorar, fiscalizar e avaliar a implantação das políticas de saúde. Dessa forma, foram criados no intuito de promover o Controle Social, o qual compreende, fundamentalmente, a influência que a sociedade civil exerce na formação da agenda governamental para a área em destaque.

No entanto, diversos são os desafios enfrentados na operacionalização dos Conselhos de Saúde, visto que os mesmos possuem o papel de tornar viável a participação popular diante da circunstância de examinar e aprovar as diretrizes das Políticas de Saúde.

Diante destas circunstâncias esta pesquisa tem como objetivo contribuir com o recente debate acerca dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas quanto sua importante contribuição no controle social com a democratização dos direitos, em especial o direito a Saúde, a partir de entrevistas, pesquisa de campo, referência bibliográfica e documentos.

A pesquisa busca identificar os principais desafios para a legitimação da democracia deliberativa dentro dos conselhos gestores de políticas públicas, em específico no conselho municipal de saúde do município.

A função deliberativa impõe aos Conselhos de Políticas Públicas um importante papel na construção e consolidação de experiências de democracia participativa nas políticas públicas. Por isso faz-se necessário explorar essa área de conhecimento objetivando elencar novos elementos

que possibilitem o a consolidação da democracia participativa nesses espaços.

Este projeto propõe contribuir para uma compreensão mais ampla desta função que impõe aos Conselhos de Políticas Públicas um importante papel na construção e consolidação da democracia participativa nas políticas públicas.

Desta forma, podemos dizer que o eixo norteador central desta pesquisa será verificar se o CMS efetivamente delibera sobre as políticas públicas de saúde e como estas influenciam nas decisões políticas do Poder Público em Parintins.

Esta pesquisa se justifica por alguns aspectos básicos. Um deles é a busca pela consolidação da democracia nos espaços deliberativos e suas contribuições para a elaboração e avaliação das políticas públicas, observando a possível participação da sociedade civil.

1. POLÍTICAS PÚBLICAS

A área de políticas públicas consolidou na última metade do século XX um corpo teórico próprio e um instrumental analítico voltado para a compreensão de fenômenos de natureza político-administrativa, assim como a medicina o faz com os problemas do organismo, a física com as leis do movimento etc. Os conhecimentos produzidos na área de políticas públicas vêm sendo largamente utilizado por pesquisadores, políticos e administradores que lidam com problemas públicos em diversos setores de intervenção e nas mais diferentes áreas: ciências políticas, sociologia, economia, administração pública, direito etc (RODRIGUES, 2011; SECCHI, 2012). Não existe ainda consenso na literatura sobre o conceito ou definição de Políticas Públicas, por este ser ainda um campo recente da ciência política. Em geral, entende-se Políticas Públicas como instrumento ou conjunto de ação dos Governos (SOUZA, 2006), uma ação elaborada no sentido de enfrentar um problema público (SECCHI, 2012). E para termos uma compreensão mais exata do termo precisamos falar de Política e compreender o seu significado e sua diferença em relação à Política Pública.

Política segundo Bobbio (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1998) É a atividade humana ligada à obtenção e manutenção dos recursos necessários para o exercício de poder sobre o homem. O segundo termo Política Pública refere-se a uma dimensão política, é a mais concreta e a que tem relação com orientações para a decisão e a ação. O termo de Política trabalhado aqui estará ligado ao segundo sentido do termo.

A primeira publicação que trata das políticas públicas como “ciência” é uma coletânea de artigos organizada por Harold D. Lasswell e David Lerner em 1951 (RODRIGUES, 2011).

Podemos pensar em política pública como uma área do conhecimento que visa explicar a elaboração da política (policy-making) e seu processo de execução (policy-executing process), além de fornecer dados e interpretações que são relevantes aos problemas da política pública num dado período (SECCHI, 2012).

A política pública é desenvolvida para enfrentar um problema público, elas se desenvolvem através de um ciclo que visa uma organização na elaboração das políticas públicas, apesar desse ciclo ter sua utilidade, ele não tem refletido sua real dinâmica ou organização de uma política pública. As fases devem ser elaboradas segundo Leonardo Secchi na seguinte ordem: identificação do problema, formação da agenda, formulação de alternativas, tomada de decisões, implementação, avaliação, e extinção, tais fases geralmente se apresentam misturadas e por isso as sequências se alternam. No entanto essas fases podem variar de acordo com diferentes autores.

Sustenta-se que em alguns contextos a identificação do problema está mais relacionada ao fim do processo do que ao início, e as fases de avaliação geralmente acontecem antes do escrutínio do problema. (WILDAVSKY apud SECCHI, 2012, p. 33)

Apesar das Políticas públicas não se apresentarem em sua real dinâmica, o ciclo da políticas públicas tem grande utilidade e pode auxiliar na organização das estratégias, esse processo de organização faz com que a complexidade seja simplificada e ajuda nossos administradores e políticos a solucionarem um determinado problema público.

O primeiro passo sugerido por Leonardo Secchi como vimos é a identificação do problema, para isso precisamos compreender o que é um problema público, ou seja precisa-se verificar o que tem incomodado a sociedade, o problema é uma situação indesejada, uma situação distante da realidade que se busca. Dado o descobrimento do problema o segundo passo é elaborar a agenda, esse processo reuni e organiza todos os problemas descobertos. Existem dois tipos de agenda:

- **Agenda política:** conjunto de problemas ou temas que a comunidade política percebe como merecedor de intervenção pública;
- **Agenda Formal:** também conhecida como agenda institucional, é aquela que elenca os problemas ou temas que o poder público já decidiu enfrentar.

Os problemas entram e saem das agendas, eles são percebidos, recebem uma atenção ou não e por fim são resolvidos ou viram invisíveis aos olhos do poder Público. Subirats destaca:

A limitação de recursos humanos, financeiros, materiais, a falta de tempo, a falta de vontade política ou a falta de pressão popular podem fazer que alguns problemas não permaneçam por muito tempo, ou nem consigam entrar nas agendas.(apud SECCHI, 2012, p. 36)

Essa agenda permite que o governo realize programas, estratégias e ações que podem facilitar no alcance dos objetivos estabelecidos.

O processo de tomada de decisões sucede a elaboração de políticas públicas, a decisão representa o momento em que os interesses dos autores são equacionados e as intenções para a resolução dos problemas são explicitadas.

Após os problemas serem equacionados e as soluções definidas, a política pública é implantada. Essa é a fase que de fato pode ou não resolver um problema público. “A fase de implantação é aquela em que regras, rotinas e processos sociais são convertidos de intenções em ações (O’Toole Jr., apud SECCHI, 2012, p. 44). É importante que a fase de implantação seja estudada pois assim há possibilidades de se perceber obstáculos e falhas que costumam aparecer na fase de elaboração das políticas públicas.

O fato de serem estudadas as políticas públicas no momento de sua implantação nos permite realizar uma avaliação mais profunda quanto à eficácia da deliberação para determinado problema, é necessário que haja uma avaliação anterior e posterior a implantação da política para que então sejam verificadas as falhas e imediatamente sejam reformuladas novas alternativas de solução. A avaliação da política pública é o “processo de julgamento deliberado sobre a validade de propostas para a ação pública, bem como sobre o sucesso ou a falha de projetos que foram colocados em prática” (ANDERSON apud SECCHI, 2012, p. 49).

Segundo Secchi (2012), o ciclo das políticas públicas funciona como um organismo, e por isso também tem seu momento de morte, de fim, de extinção. Os estudos sobre a extinção das Políticas Públicas ganharam visibilidade e impulso na década de 1970, a partir desses estudos construiu-

se uma base teórica para compreender o processo de extinção das políticas públicas.

As causas da extinção de uma política pública são basicamente três, o problema originário foi resolvido, os programas, leis ou ações que ativavam a política pública são ineficazes ou o problema embora não resolvido, perdeu a importância e saiu da agenda.

A extinção de qualquer política pública é dificultosa devido á relutância dos beneficiados, a inércia institucional, ao conservadorismo, aos obstáculos legais e aos altos custos de iniciação (start-up costs).

1.1- Um breve recorte histórico da política pública no Brasil

No Brasil, o Estado assume um papel fundamental frente ao processo de implementação e execução de políticas públicas porém nem sempre foi assim.

Dos anos 1920 a 1980 o que caracterizava o Estado Brasileiro, era o caráter desenvolvimentista, conservador, centralizador e autoritário, isso significa dizer que o Estado estava preocupado exclusivamente com o desenvolvimento do país com o objetivo de torná-lo um país industrial.

O Estado desempenhava a função de promover a acumulação privada na esfera produtiva. O essencial das políticas públicas estava voltado para promover o crescimento econômico, acelerando o processo de industrialização, o que era pretendido pelo Estado brasileiro. Portanto esse perfil, desenvolvimentista, conservador, centralizador e autoritário traduz uma série de dificuldades no que se refere às Políticas Públicas em sua real essência, pois bem sabemos que as Políticas nos anos mencionados eram pensadas de cima para baixo e por isso precisamos destacar a importância dos Conselhos gestores de Políticas Publicas nesse processo, em todas suas esferas no sentido de pensar as Políticas em suas múltiplas realidades, realidades essas que compõe o Brasil.

Quando se tem uma política centralizada, o tratamento é homogeneizado, e isso não nos permite enxergar a particularidade de cada região, estados e municípios. Esse caráter centralizador faz com que as propostas de políticas não contemplem sua particularidade.

Em 1930 o Brasil vivenciava um momento em que o Estado obtinha um poder totalmente centralizador, isto é, no Governo de Getúlio Vargas, os órgãos legislativos federais, estaduais e municipais foram eliminados. Portanto as políticas elaboradas nesse período, não era uma política que pretendia atender os cidadãos e sim atender aquele processo ditador de industrialização. Uma das lutas por Políticas Públicas que ocorreu no Brasil durante o Governo de Vargas foi à luta pela melhoria das condições de saúde, a reforma sanitária que consistiu, por assim dizer, em um dos passos mais importantes e fundamentais das políticas públicas de saúde, que iremos tratar de modo mais específico no próximo tópico.

1.2- O caminho da Política de saúde no Brasil e seu redirecionamento

As políticas públicas de proteção social no Brasil emergem no momento histórico em que a industrialização aqui se instala e gera insatisfação da classe operária, que inicia seus movimentos grevistas. O século XIX tem em sua gênese a maior referência de mobilização para as melhorias da Saúde, esse momento se deu pela Reforma Sanitária que tinha como princípio do movimento a defesa pela própria vida e a reforma dos órgãos federais.

No século XX as condições de Saúde no Brasil eram basicamente voltadas para o controle de endemias e saneamento dos portos e dos meios urbanos (o controle de enfermidades como: febre amarela, peste bubônica, varíola e etc). Foi através da implantação da economia exportadora de café na região sudeste, que o Brasil passou a priorizar a Saúde, como uma política de Estado.

As melhorias das condições sanitárias representavam dois contraditórios focos, por um lado tais melhorias garantiam o sucesso da política governamental de atração da força de trabalho estrangeira, por outro lado havia a necessidade de preservar um contingente ativo de trabalhadores em um contexto de relativa escassez de oferta de trabalho.

Vale lembrar que os serviços a Saúde nesse período eram oferecidos somente nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, que era onde estava

concentrada a economia do país. Somente em 1921 quando Carlos Chagas estava à frente da Diretoria de Saúde Pública, que os serviços de saúde foram expandidos para além do Estado do Rio de Janeiro.

O sistema de assistência a Saúde surge em 1930 no momento em que o Brasil está passando por uma transição no seu modelo econômico, deixando de ser uma economia agrária-exportadora passando para uma economia urbano-industrial. As políticas sociais no período anterior a década de 1930 eram políticas fragmentadas e emergencialistas, embora na década de 1920 tenham sido criadas políticas sociais importantes como a Lei Eloy Chaves, promulgação do código sanitário de 1923, os conflitos que ocorriam nesse período eram regulados por legislações esparsas e eram tratadas como caso de polícia.

O governo autoritário de Getúlio Vargas introduziu mudanças importantes no plano social, tais como a consolidação da legislação trabalhista e a estatização da previdência social. Tais mudanças contribuíram para consolidar um Estado de Bem – Estar Brasileiro.

Ao longo do período militar, o Estado de Bem Estar perdeu seu caráter populista que havia sido propagado pelo então Presidente Getúlio Vargas e passou a assumir duas linhas definidas. Segundo João batista Risi Junior e Roberto Passos Nogueira:

A primeira, de caráter compensatório, constituída de políticas assistencialistas que buscavam minorar os impactos das desigualdades crescentes provocadas pela aceleração do desenvolvimento capitalista. A segunda, de caráter produtivista, formulava políticas sociais visando a contribuir com o processo de crescimento econômico (apud FINKELMAN, 2002, p. 124).

O Brasil passava então por um momento de transformação da relação Estado - Sociedade, o país vivenciava um período ditatorial onde a prioridade era desenvolver a economia do País. O modelo de modernização implementado pelo regime militar, instaurado em 1964, representou o agravamento das relações de poder do Estado em relação a sociedade.

No sistema de Saúde vigente anterior a promulgação da Constituição de 1988, a responsabilidade de disponibilizar o acesso a saúde ficava a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS.

Os atendimentos gratuitos eram restritos especificamente para os trabalhadores que tinham sua carteira assinada, aqueles que não eram assalariados, mas tinham condições de arcar com os custos do atendimento pagavam para receber a atenção médica.

No início da década de 70 a Reforma Sanitária lutava e insistia para que houvesse uma reformulação no sistema de saúde, onde pudesse se alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população. Onde os direitos pudessem ser universalizados, tornando o acesso à saúde um atendimento obrigatório e gratuito para toda a população sem qualquer distinção.

Em 1981, instituído pelo decreto nº 86.329/81 é criado o Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária, o Conasp era de representação mista, não paritária, entre Estado e sociedade, com predominância desta última, embora com sub-representação da classe trabalhadora.

Nesse contexto de embate entre sociedade e Estado, em torno das políticas de saúde, ocorria, no plano político, a transição do regime militar para a democracia representativa formal. O que mais tarde resultaria em uma democracia que traria uma nova perspectiva para a elaboração e fiscalização das políticas públicas.

A Saúde na Nova República encontrou um novo movimento sanitário, mobilizado e articulado, um movimento que carregava de alguns anos de lutas e um repertório de propostas convergentes para um projeto alternativo ao modelo médico-assistencial, além de quadros técnico-político inseridos nos ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social.

A década de 1980 marca um momento importante no processo de redemocratização do Estado. Nesse período o Brasil passava por um processo complexo de lutas, negociações, arranjos políticos que mais tarde culminariam na elaboração da Constituição Federal de 1988, o que consolida o marco legal do SUS. A década de 1980 é referência nesse processo histórico, pois foi o momento em que o controle social participativo se institucionalizou concretizando o princípio de participação da sociedade na deliberação, gestão e fiscalização das Políticas Públicas.

O Brasil vivenciava um período de crise e contradições, onde o Estado se viu pressionado a rever seu modelo autoritário. Foi nesse cenário de pressão popular e de crise das políticas setoriais que o movimento sanitário surge, propondo a ocupação das instituições e a formulação e implementação ativa das Políticas de Saúde no Brasil. O movimento sanitário já havia tido outras experiências, por esse motivo, o movimento se tornou maduro e então trouxe novas conotações como a ampliação dos conceitos de cidadania deixando de ser um movimento que antes era referência apenas dos setores excluídos do sistema.

Tais condições históricas criaram as condições para que, durante realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em março de 1986, houvesse um número expressivo de 5.000 (cinco mil) participantes, provenientes de um leque bastante diversificado de sujeitos sociais e políticos da sociedade civil organizada.

Foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde e através da Constituição de 1988 que a saúde resplandece como um direito a cidadania, garantido pelo Estado. Para a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2001), a saúde é um direito de todos e dever do Estado, Garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A participação da sociedade na construção do SUS, assim expressa na Constituição Federal de 1988, com suas diversas roupagens, hoje consolidadas nas instâncias de controle social em todo o território brasileiro, desde as primitivas formas de participação, através das CIS – Comissões Interinstitucionais de Saúde, ainda no período autoritário, passando pela Plenária Nacional de Saúde, desde o período constituinte até 1997, até chegar à Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, desde 1995 até hoje; é a marca indelével da democracia participativa na construção do SUS (BRASIL, 2006a).

A 8ª CNS resultou da negociação entre o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde, em virtude do impasse entre os dois ministérios quanto ao aprofundamento da Reforma Sanitária, especialmente a passagem do Inamps para o Ministério da Saúde.

Nesse sentido, a 8ª Conferência propõe já não mais a questão do Sistema Único de Saúde como uma exclusividade, mas propõe a Reforma Sanitária. A conferência tinha a intenção de ampliar o debate setorial e realizar um maior acúmulo de forças para viabilizar a reforma sanitária que vinha sendo formulada e propagada pelo movimento Sanitário. Um dos maiores responsáveis pela realização desta conferência foi Sergio Arouca, presidente da Fundação Oswaldo Cruz e também presidente da 8ª Conferência.

Essa Conferência foi um marco histórico e significou uma nova história da Saúde no Brasil, foi a primeira conferência que contou com um expressivo número de participantes da sociedade civil, as sete primeiras conferências eram restritas aos técnicos e gestores governamentais e contavam com uma participação mínima dos movimentos sociais.

Um dos resultados importantes da 8ª conferência foi a afirmação do princípio da participação das entidades representativas na formulação da política e no planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde, e a constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde que ficou responsável por orientar o desenvolvimento e avaliar o Sistema Único de Saúde, incluindo a definição de políticas, orçamento e ações.

Para a implementação das deliberações da conferência, foi proposto pelo Presidente da República a criação de um grupo executivo da Reforma Sanitária para organizar a conferência, esse grupo chamava-se Comissão Nacional de Reforma Sanitária – CNRS, a comissão era de natureza consultiva e tinha como atribuição formular sugestões para reordenamento institucional e jurídico do sistema de saúde.

A proposta de conteúdo Saúde para a nova Lei do Sistema Único de Saúde configurava o formato institucional de participação social, em sete pontos: (a) o princípio da gestão participativa; (b) a expectativa de que a participação resulte em efetivo poder de controle das ações e serviços da rede nacional; (c) o funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, vinculado a um novo Ministério da Saúde, com atribuições de formulação e controle da Política Nacional de Saúde, propondo-se conselhos estaduais e municipais com atribuições correspondentes; (d) a instalação de um conselho

comunitário, em cada unidade de prestação de serviços de saúde, com atribuição do controle e fiscalização; (e) o funcionamento de um conselho de administração em cada unidade de prestação de serviço de saúde, integrado por dirigentes e funcionários da unidade; (f) a subordinação dos Fundos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, respectivamente, a um novo ministério, as Secretarias Estaduais e Municipais, com administração colegiada e designada pelos conselhos de saúde correspondentes; (g) a participação do governo federal nos conselhos estaduais e municipais no Conselho Nacional de Saúde E dos governos municipais nos conselhos estaduais de saúde.

A CNRS funcionou por volta de nove meses, nesse curto tempo a comissão se dedicou á sistematizar as propostas e elaborar o relatório final da conferencia para o processo constituinte do SUS.

2. CONSELHO DE SAÚDE E DEMOCRACIA DELIBERATIVA

Na década de 90 o Conselho Nacional de Saúde eram somente um órgão consultivo, os membros atuantes do conselho eram indicados exclusivamente pelo Ministro do Estado.

A Lei que institui o conselho é a de nº 378, de 13 de janeiro de 1937, que tinha como objetivo criar um conselho para auxiliar o Ministério da Saúde e educação.

O Conselho Nacional de Saúde teve sua regulamentação por meio do decreto nº 34.347, de 8/4/1954. Após esse decreto foram promulgados vários decretos para a reestruturação do conselho, a principal alteração ocorreu em sua composição. (SILVA; ABREU, 2002). O Decreto n.º 847, de 5 de abril de 1962, reafirmou a finalidade do Conselho de auxiliar o Ministro de Estado da Saúde, com ele cooperando no estudo de assuntos pertinentes a saúde.

Na década de 1970 o conselho funcionava de maneira irregular e sem uma marca própria, foi através do Decreto n.67.300/70 que o Conselho Nacional de Saúde passou a ter atribuições mais específicas e detalhadas.

Durante trinta anos, o Conselho teve um funcionamento irregular e inexpressivo. Em 1970, o Conselho Nacional de Saúde, Através do

Decreto N.67.300/70, passa ter atribuições mais detalhadas: “examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos á promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam submetidos á sua apreciação pelo ministro de Estado, bem como opinar sobre matéria que, por força de lei, tenha que ser submetida a sua apreciação” (CARVALHO, 1995).

Esses conselhos atraem o interesse de diferentes pesquisadores pelo reconhecimento do seu potencial de maior democratização dentro dos estados burocratizados (COSTA, 2002).

A década de 1990 foi palco de um novo momento para o Conselho Nacional de saúde, a Constituição Federal Brasileira e a criação do Sistema Único de Saúde possibilitaram uma nova fase ao Conselho, configurando o mesmo com uma ampla representação social de caráter permanente e deliberativo. O conselho a partir de então passou a ser integrante da estrutura regimental do Ministro de Saúde, cujas decisões quando consubstanciadas em resoluções, são homologadas pelo Ministro de Estado da Saúde.

Essas novas configurações foram oriundas do Decreto n.99.438/90, além disso novas atribuições e competências foram dadas e ao Conselho Nacional de Saúde, através desse decreto definiu-se entidades e órgãos que comporiam o novo plenário. Desta forma, a legislação fixou quatro segmentos na composição do Conselho Nacional de Saúde: usuários, trabalhadores da saúde, gestores (governo) e prestadores de serviço da saúde (público e privado).

Existem várias Leis, Resoluções e Decretos que nos ajudam a entender o conceito, as diretrizes, organização, estrutura e funcionamento dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas de Saúde, instituídas pelo Conselho Nacional de Saúde, que é um órgão subordinado ao Ministério da Saúde. Como por exemplo, a **Resolução 453, de 10 de maio de 2012** e a **Resolução do CNS 333/2003**; as leis: **8.080, de 19 de setembro de 1990** e a lei **8.142, de 28 de dezembro de 1990**.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Trigésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 3 e 4 de novembro, aprovou a Resolução n° 333, de 4 de novembro de 2003, com as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Na ocasião foi mantida a composição dos conselhos de saúde como

propôs a Resolução n.º 33 de 1992, a qual reafirmava a paridade e a composição entre os segmentos.

Uma nova estrutura entrou em vigor no ano de 2006 quando foi publicado o Decreto Presidencial n.º 5.839, de 11 de julho de 2006. Atendendo às deliberações aprovadas na 11ª Conferência Nacional de Saúde e 12ª Conferência Nacional de Saúde, o Conselho passa a escolher seus membros a partir de processo eleitoral e também pela primeira vez na história elege seu Presidente; cargo até então ocupado pelo Ministro de Estado da Saúde. O Conselho Nacional de Saúde passou a contar com 48 conselheiros titulares representados por usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores.

Para os propósitos deste projeto é importante entender como o Ministério da Saúde, através do Conselho Nacional de Saúde e, conseqüentemente, dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas em Saúde permitiu ao povo expressar seus interesses diretamente, participar do processo de discussão, elaboração e implementação de políticas públicas, além de acompanhar e fiscalizar as ações do Estado. Um modelo de democracia participativa diferente do atual modelo de democracia no Brasil, que Boaventura de Sousa Santos chama de democracia liberal, representativa, que “não garante mais que uma democracia de baixa intensidade baseada na privatização do bem público por elites mais ou menos restritas, na distância crescente entre representantes e representados e em uma inclusão política abstrata feita de exclusão social” (2002, p. 32) e que incorpore na dinâmica política a realidade da sociedade civil organizada em suas entidades e associações, dando à prática democrática uma dimensão mais real e efetiva no século XXI.

Além da ideia de uma democracia participativa, é importante discutir a ideia de uma democracia deliberativa, entendida como um “processo democrático centrado na prática discursiva, onde a argumentação racional e os procedimentos eqüitativos para a participação discursiva e decisória são os critérios de igualdade democrática” (BIN; VIZEU, 2008, p. 90).

Inicialmente, a democracia pode ser entendida como [...] “método para constituição de governo e para formação das decisões, que abrangem toda a comunidade” (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1998). A via deliberativa

constitui um modelo ou processo de deliberação política caracterizado por um conjunto de pressupostos teórico-normativos que incorporam a participação da sociedade civil na regulação da vida coletiva. “Trata-se de um conceito que está fundamentalmente ancorado na ideia de que a legitimidade das decisões e ações políticas deriva da deliberação pública de coletividades de cidadãos livres e iguais” (LÜCHMANN, 2002, p. 19). Desta forma, podemos nos dirigir ao eixo norteador central desta pesquisa que é verificar se o CMS efetivamente *delibera* sobre as políticas públicas de saúde e como as deliberações do CMS influenciam as decisões políticas do Poder Público em Parintins. Entendo os conselhos gestores como “canais de participação que articulam representantes da população e membros do poder público estatal em práticas que dizem respeito à gestão de bens públicos” (GOHN, 2001, p. 7) poderemos analisar como a existência desses conselhos cria condições para que a sociedade civil participe, junto com o Poder Público, da elaboração e definição de políticas públicas, fortalecendo um modelo de cidadania política participativa e ativa que “transcende os limites da delegação de poderes da democracia representativa e expressa-se por meio da democracia participativa, da constituição de conselhos paritários, que se apresentam como *novo locus de exercício político*” (CAMPOS; MACIEL, 1997, p. 145 – grifo nosso).

2.1 O Conselho Nacional de Saúde

A lei que institui o Conselho Nacional de Saúde é a de nº 378, de 13 de janeiro de 1937, esta também é responsável pela reformulação do Ministério da Educação e Saúde Pública.

O Conselho Nacional de Saúde só foi regulamentado quanto a sua composição, funcionamento e competência após dezessete anos através da separação do ministério da Saúde e da Educação Pública, tais mudanças foram regulamentadas pelo Decreto n.º 34.347, de 8 de abril de 1954, para a função de assistir ao Ministro de Estado na determinação das bases gerais dos programas de proteção à saúde. Desde então, vários decretos foram promulgados com a finalidade de reestruturar o Conselho. As principais alterações, no entanto, ocorreram em sua composição.

Em 1970, o Conselho Nacional de Saúde, através do Decreto nº 67.300/70, passou a ter atribuições mais detalhadas como:

examinar e emitir parecer sobre as questões ou problemas relativos a promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam submetidos a sua apreciação pelo ministro de estado, bem como opinar sobre matéria que, por força de lei, tenha que ser submetida a apreciação (CARVALHO, 1995, p.32).

Na década de 90 o Conselho Nacional de Saúde no Brasil era somente um órgão consultivo, os membros atuantes do conselho eram indicados exclusivamente pelo Ministro do Estado.

O Conselho Nacional de Saúde é um órgão deliberativo que, junto com o Poder Executivo Federal, tem a incumbência de realizar as Conferências de Saúde, que são um momento importante de participação da sociedade civil no processo de deliberação de políticas públicas.

As Conferências de Saúde sempre foram fundamentais para a democratização na área da saúde. Em 1986 foi realizada a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório final possibilitou a elaboração do artigo 196 da Constituição Federal – “Da Saúde”. Dentre essas modificações destaca-se a participação da sociedade e a descentralização dos serviços assistenciais.

A partir da promulgação da Constituição, em 1988, a saúde ganhou rumos diferentes com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 28 de dezembro de 1990, a Lei n.º 8.142 instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde como instâncias de Controle Social.

Foi na década de 1990, através do Decreto nº 99.438/90 com a contribuição da Constituição Federal Brasileira e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que o Conselho Nacional de Saúde assumiu uma nova configuração, com ampla representação social e com caráter permanente deliberativo, integrando a estrutura regimental do Ministério da Saúde. Este Decreto foi responsável pela regulamentação de novas atribuições e competências do Conselho Nacional de Saúde, além de ter definido as entidades e órgãos que comporiam o novo plenário, com 30 membros. Seguindo tais modificações, a legislação fixou quatro segmentos que

comporiam o CNS: usuários, trabalhadores de saúde, gestores e prestadores de serviço de saúde.

Esta composição foi fruto de longa negociação dos movimentos sociais com o Ministério da Saúde (BRAVO; MENEZES, 2013). Nesse período quem assumia a função de presidente do CNS era o ministro da Saúde.

Com o Decreto nº 5.839, em 2006, uma nova reforma foi aplicada no CNS, que passou a contar com 48 conselheiros titulares: 24 entidades e movimentos sociais de usuários do SUS; 12 entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica, 2 entidades prestadores de serviço, 2 entidades empresariais, 6 gestores federais, 1 estadual e 1 municipal. Ainda em 2006 foi eleito o primeiro presidente do Conselho, que representava o segmento dos trabalhadores da saúde¹.

A descentralização dos serviços de saúde no Brasil regulamentados pelo pela Resolução nº333, de 04 de novembro de 2003, possibilitou a criação dos conselhos nas esferas estaduais e municipais. Isso ampliou as possibilidades de particularizar a política de saúde de acordo com a realidade de cada estado ou município. Veremos no próximo capítulo como surgiram os conselhos gestores de políticas públicas nos municípios.

2.2 O Conselho Municipal de Saúde em Parintins/AM

O aparecimento dos Conselhos Municipais no cenário político brasileiro é uma novidade em relação às formas tradicionais de gestão das políticas públicas. Esses conselhos se institucionalizaram na década de 1990, mas são resultados de lutas populares pela democratização da gestão pública.

A legislação em vigor no Brasil preconiza, desde 1990, que, para o recebimento dos recursos destinados a área da saúde, os municípios devem criar um Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438.

A lei de Nº 479/2010 instituiu o Conselho de Saúde no Município de Parintins, que de acordo com seu artigo 2º o CMS dispõe de 32 conselheiros, sendo dezesseis titulares e dezesseis suplentes. O Conselho Municipal de

¹ Ver mais detalhes em: <www.conselho.saude.gov.br>

Saúde de Parintins está vinculado à Secretaria de Saúde do Município, este é de caráter permanente, deliberativo e de composição paritária entre a Administração Municipal, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, nos termos do art. 1º, § 2º da Lei Federal nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e da Resolução nº333, de 04 de novembro de 2003, do Conselho Nacional de Saúde.

No que se refere ao processo deliberativo dos conselhos e, por conseguinte, do Conselho Municipal de Saúde de Parintins, este pode ter suas deliberações consubstanciadas em: resolução, recomendação e moção. O papel do conselho e sua função deliberativa chegaram a ser questionados quando seu posicionamento entrava em choque com o gestor. Para legitimar a função deliberativa do conselho de Saúde, foi elaborada uma nota técnica 001/2009, em setembro de 2009. Esta nota aponta que o Conselho pode fazer valer a pena suas resoluções a despeito de negativa de homologação do Ministro de Estado da Saúde, baseado nos princípios constitucionais da participação popular e da legalidade, perfazendo o controle social e a participação direta da sociedade na gestão de ações relacionadas a saúde. (BRAVO; MENEZES, 2013, p.291).

Quanto a composição paritária do Conselho esta dispõe que ele deve ser composto por cinquenta por cento dos membros representantes de entidades e dos movimentos sociais de usuários do SUS, escolhidos em processo eleitoral direto; e cinquenta por cento dos membros representantes de entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica da área de saúde, entidades de prestadores de serviços de saúde, entidades empresariais com atividade na área de saúde, todas eleitas em processo eleitoral direto; os representantes do governo, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) são indicados pelos seus respectivos dirigentes.

Os conselhos municipais desempenham um papel muito importante no processo de gestão participativa e controle social, principalmente no que se refere a particularidade da política em destaque, nesse caso em específico, a saúde. No entanto o CMS evidencia limites e obstáculos que precisam ser

avaliados e discutidos para que haja o fortalecimento do controle e da implementação de políticas de saúde.

3. METODOLOGIA

Como método de abordagem utilizou-se o método dialético, que estabelece relação entre indivíduo e sociedade, tendo em vista a historicidade dos fatos, considerando as leis fundamentais que nortearam a pesquisa: ação recíproca, mudança dialética, mudança qualitativa e contradição. “Método dialético-que penetra o mundo dos fenômenos através de sua ação recíproca, da contradição inerente ao fenômeno e da mudança dialética que ocorre na natureza e na sociedade” (LAKATOS, 2007, p. 106). É uma interpretação dinâmica da realidade constituindo um conjunto de influências políticas, econômicas e culturais. Chizzotti comenta:

A dialética também insiste na relação dinâmica entre o sujeito e o objeto, no processo de conhecimento. Não se detém, como os interacionistas e etnometodólogos, no vivido e nas significações subjetivas dos atores sociais. Valoriza a contradição dinâmica do fato observado a atividade criadora do sujeito que observa as oposições contraditórias entre o todo e a parte e os vínculos do saber e do agir com a vida social dos homens (2006, p.80).

O método dialético parte da premissa de que, na natureza, tudo se relaciona, transforma-se e há sempre uma contradição inerente a cada fenômeno. Nesse tipo de método, para conhecer determinado fenômeno ou objeto, o pesquisador precisa estudá-lo em todos os seus aspectos, suas relações e conexões, sem tratar o conhecimento como algo rígido, já que tudo no mundo está sempre em constante mudança. De acordo com Gil,

[...] a dialética fornece as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, uma vez que estabelece que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas, culturais etc (2008, p. 14).

Assim, como a dialética privilegia as mudanças qualitativas, opõe-se naturalmente a qualquer modo de pensar em que a ordem quantitativa se torne

norma. Desse modo, as pesquisas fundamentadas no método dialético distinguem-se claramente das pesquisas desenvolvidas segundo a visão positivista, que enfatiza os procedimentos quantitativos.

3.1 Do ponto de vista da forma de abordagem do problema

É qualitativa, porque foram usados mecanismos interpretativos e de descoberta de relações e significados. O ambiente natural é visto como fonte de dados e o pesquisador seu principal instrumento, o que pressupõe o contato direto do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada. É uma adequação entre o sujeito observador e o objeto observado, além da relação sujeito-objeto. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem. Por ser uma realidade social, a observância dos fatos estará condicionada pela sua localização espacial e temporal. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento chave. Para Gil, a pesquisa de natureza qualitativa: “considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito [...]. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicos no processo” (1991, p. 159). Segundo Chizzotti:

A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerente e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações (2006, p. 79).

Neste âmbito, considera-se que o pesquisador é parte fundamental da pesquisa qualitativa, o qual deve despojar-se de preconceitos, predisposições para assumir uma atitude aberta a todas as manifestações que observa, sem adiantar explicações, a fim de alcançar uma compreensão global dos fenômenos analisados. Para Chizzotti:

Essa compreensão será alcançada com uma conduta participante que partilhe da cultura, das práticas, das percepções e experiências dos sujeitos da pesquisa, procurando compreender a significação social por eles atribuída ao mundo que os circunda e aos atos que realizam (2006, p.82).

Consecutivamente, cria-se uma relação dinâmica entre o pesquisador e o pesquisado que não será desfeita em nenhuma etapa da pesquisa até seus resultados finais. Esta relação é indispensável para se apreender os vínculos entre as pessoas e os objetos e os significados que são construídos pelos sujeitos. “O resultado final da pesquisa não será fruto de um trabalho meramente individual, mas uma tarefa coletiva, gestada em muitas microdecisões, que a transformam em uma obra coletiva.” (CHIZZOTTI, 2006, p. 84)

3.2 Do ponto de vista dos procedimentos técnicos

Quanto à forma de estudo do objeto, a pesquisa é bibliográfica e de campo. Bibliográfica porque foi feito um levantamento dos temas e tipos de abordagens já trabalhados por outros estudiosos, assimilando conceitos e explorando os aspectos já publicados. Abrange parte da bibliografia tornada pública e tem como objetivo colocar o pesquisador a par do que que foi escrito sobre determinado assunto. Segundo Prestes,

A pesquisa bibliográfica é capaz de atender aos objetivos tanto do aluno, em sua formação acadêmica, quanto de outros pesquisadores, na construção de trabalhos inéditos que objetivem rever, reanalisar, interpretar e criticar considerações teóricas ou paradigmas, ou ainda criar novas proposições na tentativa de explicar a compreensão de fenômenos relativos às diversas áreas do conhecimento (2007, p.26).

Neste sentido, a pesquisa bibliográfica propicia a análise de um assunto escrito sob novo enfoque ou abordagem, permitindo chegar a novas conclusões.

Já a pesquisa de campo é aquela em que o pesquisador, através de questionário, entrevistas, observações, coleta seus dados, investigando os pesquisados no seu meio.

3.3 Técnicas de coleta de dados

Para a consolidação da pesquisa realizou-se coleta de dados, a qual possibilitou através dos resultados, identificar os possíveis fatores da

problemática estudada. Segundo Chizzotti: “A coleta de dados trata-se de aplicar questionários, fazer a observação, realizar a entrevista de acordo com os objetivos da pesquisa [...]. A coleta de dados é um dos núcleos centrais da pesquisa” (2006, p. 48).

Segundo Goldenberg (2009) existem diversos instrumentos de coleta de dados que podem ser empregados a fim de se obter informações. As técnicas de coleta de dados devem ser escolhidas e aplicadas pelo pesquisador conforme o contexto da sua pesquisa. Nesta pesquisa foi empregada: entrevista padronizada a qual segue um roteiro preestabelecido e observação sistemática.

Para Goldenberg a entrevista “é um encontro entre duas pessoas cujo objetivo é que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto mediante uma conservação de natureza profissional” (2009, p.56). Por ser padronizada o entrevistador segue roteiro preestabelecido, o qual ocorre a partir de um formulário elaborado com antecedência.

Segundo Prodanov (2013), a observação sistemática pode ocorrer em situações de campo ou de laboratório. Na observação sistemática, o pesquisador, antes da coleta de dados, elabora um plano específico para a organização e o registro das informações.

Para Goldenberg (2009) e Prestes (2007) é uma técnica de coleta de dados para conseguir informações que utiliza sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que se deseja estudar. São aplicados atentamente os sentidos a um objeto, a fim de que possa, a partir dele, adquirir um conhecimento claro e preciso. A observação deve ser exata, completa, imparcial, sucessiva e metódica, pois se constitui em um procedimento investigativo de extrema importância na ciência.

3.4 População, amostra e local

A pesquisa foi realizada no Conselho Municipal de Saúde de Parintins. A população que participou do presente trabalho foram 6 conselheiros municipais de saúde, compondo assim uma amostra de 37,5% do total de conselheiros

titulares. Segundo Chizzotti (2006, p.45), a amostragem é “um processo de determinação de um todo (população) e das unidades (elementos) que compõe um agregado (universo) em que uma parte (população estudada) será tomada como representativa de todo agregado”, ou seja, a população e amostra é uma parte do universo escolhida segundo algum critério de representatividade.

4. ANÁLISE DOS DADOS

Os conselhos de Saúde tem a finalidade de institucionalizar a participação social, mediante o estabelecimento de atribuições legalmente definidas. Assim, os Conselhos de Saúde foram implantados para assegurar aos cidadãos organizados meios para influenciar nas decisões que dizer respeito à saúde.

A Resolução 453, de 10 de maio de 2012, define os Conselhos de Saúde como “uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo [...] os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas Políticas Públicas e na administração da saúde” (BRASIL, 2012).

Vemos assim, conforme já destacamos em nosso referencial teórico, que os Conselhos Gestores de Políticas Públicas em Saúde têm como uma de suas principais atribuições participar do processo de discussão, elaboração, implementação e deliberação de políticas públicas.

Deliberação que deve ser entendida dentro de um processo democrático, centrado na prática discursiva, que incorpora a participação da sociedade civil para a legitimidade das decisões e ações políticas (LÜCHMANN, 2002).

Tomando mais uma vez como referência a Resolução 453/2012, podemos dizer que compete aos conselhos: deliberar sobre a elaboração dos planos de saúde, aprovação/desaprovação do Relatório Anual de Gestão (RAG), deliberar sobre movimentação de recursos da saúde, entre outras.

Desta forma, podemos agora nos remeter ao principal objetivo deste projeto, que é avaliar o Conselho Municipal de Saúde de Parintins (CMS/PIN) enquanto órgão deliberativo e promotor de políticas públicas. Nesta análise e

discussão dos resultados obtidos a partir da observação sistemática da prática de campo, com registros no diário de campo, vamos procurar responder algumas questões norteadoras, dentre as quais: aprofundar a discussão teórica em torno do conceito de democracia deliberativa; investigar como as deliberações do CMS influenciam na implementação de políticas públicas em Parintins; e identificar quem são os cidadãos e grupos representativos do CMS que mais contribuem na implementação e elaboração de políticas públicas de saúde.

Diante das observações e entrevistas que pudemos realizar outras questões norteadoras foram surgindo, que não constam necessariamente nos objetivos do projeto, mas que de alguma estão a elas relacionadas. A partir de nossas observações começamos a nos indagar: até que ponto a representação da sociedade civil nos Conselhos de Políticas Públicas tem se tornado mera virtualidade? Ou até que ponto interesses políticos influenciam nas demandas dos Conselhos fazendo com que estes se tornem espaços burocratizados, restrito à aprovação de verbas, onde apenas se referenda as propostas apresentadas, e onde o exercício da deliberação política tem sido pouco ou quase nada observada?

A partir de um roteiro elaborado foram realizadas entrevistas padronizadas com perguntas preestabelecidas, seguidas por um formulário com perguntas fechadas para complementar os resultados da pesquisa realizada no CMS de Parintins.

Os 6 (seis) conselheiros municipais de saúde entrevistados estão na faixa etária de 36 a 54 anos. Representam uma amostra de 37,5% do total dos conselheiros titulares. Possuem curso superior completo, com cargo efetivo ou contrato, caracterizando assim seu vínculo com a prefeitura.

Primeiramente perguntou-se qual grupo o funcionário representa no Conselho Municipal de Saúde (CMS). E as respostas foram:

Sindicato dos trabalhadores da Saúde. (CONSELHEIRO 1)
Profissionais de Saúde (conselho de enfermagem) (CONSELHEIRO 2)
Centro de Referência CRESS. (CONSELHEIRO 3)
Profissionais de Saúde (CONSELHEIRO 4)
Centro de Referência CRESS. (CONSELHEIRO 5)
Trabalhadores do Estado. (CONSELHEIRO 6)

O Conselho Municipal de Saúde segue o artigo 5º, Regimento Interno, em suas alíneas, incisos e parágrafos, em concordância com a Resolução 453/2012, Resolução 333/1990, terceira Diretriz, sobre a composição do Conselho composto por representante de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, governo e entidades representativas de prestadores de serviços de saúde.

Em seguida perguntou-se a eles como foi o processo de escolha de representatividade de sua categoria. Quanto à resposta, a eleição foi unânime entre os conselheiros. Isso significa a existência de uma escolha democrática na escolha do representante da respectiva categoria.

Também foi perguntado aos conselheiros se os mesmos tinham conhecimento das funções específicas do CMS e todos, de alguma forma, demonstraram ter conhecimento a respeito:

Fiscalização, Deliberação e Consultivo. (CONSELHEIRO 1)
Deliberativo, e controle social. (CONSELHEIRO 2)
Deliberativo controle social. (CONSELHEIRO 3)
Participando do processo de gestão. (CONSELHEIRO 4)
Fiscalização e deliberação operativa. (CONSELHEIRO 5)
(PESQUISA DE CAMPO, 2015).

Os conselheiros entrevistados afirmaram que as funções específicas estão voltadas para fiscalização, deliberação e consultivo; controle social e participação no processo de gestão. Sendo assim:

Os atuais Conselhos de Saúde foram regulamentados em 1990, com a promulgação da Lei n. 8.142, que, junto com a Lei n.8.080, conformam a Lei Orgânica da Saúde. Os conselhos são espaços decisórios (deliberativos), de caráter permanente e paritário. São compostos por representantes dos trabalhadores de saúde, gestores, dos prestadores públicos e privados e dos usuários. (BRAVO e MENEZES, 2013, p. 285)

Dessa maneira, os Conselhos de Saúde caracterizam-se como instrumentos de controle social e deliberação de políticas públicas com participação da sociedade organizada, com vistas a uma assistência conveniente, responsável e cidadã. Tal fato se dá por meio da apropriação dos mecanismos de descentralização e participação popular.

A partir destas atribuições os conselhos são compreendidos como fundamentais para a socialização da informação e formulação de políticas sociais. E dentro desta formulação destacam-se as funções específicas dos conselheiros municipais de saúde. Essas funções mostram a grande responsabilidade que os conselheiros têm em atender às demandas.

As entrevistas nos permitiram constatar que 37,5% dos conselheiros entrevistados consideram regular a elaboração e implementação de Políticas Públicas de Saúde por parte do CMS/PIN. Questionou-se também quais as principais dificuldades existentes para que o CMS exerça suas funções no que tange as deliberações de políticas públicas e no exercício do controle social.

Falta de capacitação e envolvimento dos atores. (CONSELHEIRO 1)
Autonomia para o gerenciamento dos recursos, falta de capacitação e compromisso dos conselheiros. (CONSELHEIRO 2)
Autonomia para gerenciar os recursos. (CONSELHEIRO 3)
Autonomia dos recursos; falta de compromisso dos conselheiros. (CONSELHEIRO 4)
Autonomia da gerência dos recursos – Conselho Estadual de Saúde. (CONSELHEIRO 5) (PESQUISA DE CAMPO, 2015).

Quanto às dificuldades foram destacadas: a falta de capacitação e envolvimento; falta de autonomia para o gerenciamento de recursos e compromisso dos conselheiros. Parte-se do pressuposto de que, muitas das barreiras enfrentadas pelos conselhos, são provenientes da cultura política ao longo da história brasileira que não permitiu a criação de espaços de participação no processo de gestão das políticas sociais públicas, havendo o predomínio da burocracia, com ênfase nos aspectos administrativos. (BRAVO; MENEZES, 2013).

Por outro lado, esse dado revela a existência de limitações dos conselheiros em formular, avaliar a recriar propostas ao nível das políticas em que atuam, bem como possibilita que se oculte a falta ou corte de recursos.

Posteriormente, pediu-se que fosse feita algumas considerações sobre o CMS/PIN enquanto órgão fiscalizador e como este pode colaborar na elaboração e implementação de políticas públicas de sua competência.

Infelizmente, hoje não tenho como avaliar o que não é feito, é preciso de amadurecimento. É de fundamental importância que haja uma

capacitação para que ao menos 90% dos conselheiros saibam o que é política pública porque sem esse conhecimento nós ficamos lutando no individualismo. É necessária essa capacitação para assim podermos cobrar o caderno de ações, pois só assim podemos fazer as deliberações necessárias. (CONSELHEIRO 1)

É importante incentivar toda a população para vim participar nas reuniões, e além disso é necessário que a própria população receba uma capacitação para poder entender as questões da saúde e colaborar, pois não é só cobrar, precisa –se entender o que são políticas Públicas de Saúde. É preciso um apoio por parte da mídia, para poder a gente atinge aquela população da zona rural e não só a zona urbana.(CONSELHEIRO 2)

Fiscalização (controle social)(CONSELHEIRO 3)

Programa de rádio (para divulgar as ações do CMS na zona rural).(CONSELHEIRO 4)

Falta de capacitação e audiência pública.(CONSELHEIRO 5)
(PESQUISA DE CAMPO, 2015).

Sobre o CMS enquanto órgão fiscalizador e implementador das políticas públicas os conselheiros disseram que é necessário que haja mais amadurecimento, somado a realização de capacitação, para que se obtenha maior conhecimento e compromisso com as políticas públicas e que só assim será possível sair do individualismo. Mediante a isso, poderá ser feito o que é cobrado no caderno de ações, para que sejam efetivadas as deliberações necessárias. Sugerem também que incentive a população para participar das reuniões com o intuito de que a sociedade não só cobre, mas saibam e entendam como funcionam as políticas públicas de saúde, assim como suas resoluções. Outros aspectos destacados é a necessidade de apoio da mídia, programa de rádio para atingir a zona rural e urbana, divulgando as ações do CMS/PIN.

Vamos agora fazer uma análise do papel do CMS/PIN como órgão deliberativo de políticas públicas a partir do trabalho de campo realizado junto ao Conselho. Das nossas observações pudemos constatar o quanto esse papel ainda é insuficiente e de certo modo corrobora com a opinião de alguns dos entrevistados, como o Conselheiro 1 e 2.

Para chegar a esta conclusão, fizemos uma análise das demandas que são apresentadas como ponto de pauta nas reuniões do CMS/PIN. O resultado é que as demandas que são apresentadas são oriundas em grande parte do poder público, ou seja, é ainda o poder público o principal responsável por colocar em discussão no âmbito do colegiado do CMS/PIN as demandas das políticas de saúde para o município. Fazendo uma análise das reuniões

ordinárias ao longo do primeiro semestre de 2015, reuniões que são realizadas uma vez por mês, pudemos constatar este fato. Dentre as demandas que aparecem como ponto de pauta em tais reuniões vemos, por exemplo, colocado em discussão: o Programa Anual de Saúde (PAS); convênio da Secretaria Municipal de Saúde com o Hospital Padre Colombo; Plano de combate a Dengue por parte da Vigilância Epidemiológica; entre outros. Por parte do colegiado do CMS/PIN o que foi colocado como demanda para discussão em tais reuniões foram, basicamente, o relatório de prestação de contas do Relatório Anual de Gestão de 2014, além da discussão em torno da realização da 5ª Conferência Municipal de Saúde que, por sua importância dentro do processo de deliberação de políticas públicas, será analisado mais adiante².

No caso dos representantes da sociedade civil no CMS/PIN a contribuição com a deliberação de políticas públicas é ainda mais insuficiente. Durante as reuniões ordinárias do CMS/PIN até observamos algumas colocações por parte dos conselheiros que representam a sociedade civil organizada, movimentos sociais e movimentos populares mas, tomando como base o referencial teórico aqui apresentado, a simples observância de um problema público não é suficiente para caracterizar uma política pública.

Como pudemos perceber a partir da análise de autores como Leonardo Secchi (2012), Marta Rodrigues (2011) e Celine Souza (2006), uma política pública é definida a partir de um ciclo que tem origem na identificação de um problema público, mas que a partir de então se desenvolve em outras fases que devem ser elaboradas com o objetivo de solucionar o referido problema, como a formação de uma agenda, formulação de alternativas, tomada de decisões, implementação, avaliação, e por fim a extinção ou redefinição da política (caso esta não tenha sido suficiente para solucionar o problema). Embora tenhamos presenciado algumas discussões em torno de problemas públicos de saúde nas reuniões plenárias do CMS/PIN, tão somente a identificação do problema não é suficiente para caracterizar, repetimos, uma política pública. Estes dados nos permitem concluir, portanto, que as

² As informações a respeito das pautas colocadas em discussão nas reuniões plenárias do CMS/PIN foram obtidas a partir da análise do ofício de convocação para as reuniões ordinárias do Conselho.

discussões e deliberações por parte do CMS/PIN não tem sido suficiente para influenciar a elaboração ou implementação de políticas públicas de saúde em Parintins. Essa dificuldade em torno do processo deliberativo de certo modo ausente nos espaços dos Conselhos é um dado que corrobora com os dados analisados de outros pesquisadores e estudiosos do assunto como veremos a seguir.

A própria Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa³ tem evidenciado os problemas para consolidação do exercício da função dos Conselhos através de diagnósticos que evidenciam que:

apesar dos significativos avanços em sua ação, quanto ao processo de formulação e controle da política pública de saúde, os conselhos ainda enfrentam obstáculos importantes, *como o não-exercício do seu caráter deliberativo na maior parte dos municípios e estados; precárias condições operacionais e de infra-estrutura; falta de regularidade de funcionamento; ausência de outras formas de participação; falta de transparência nas informações da gestão pública; dificuldade e desmobilização para a formulação de estratégias e políticas para a construção do novo modelo de atenção à saúde; e baixa representatividade e legitimidade de conselheiros nas relações com seus representados* (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 17 – grifo nosso).

Os resultados expressos a seguir por diferentes pesquisas, além dos dados coletados e aqui analisados, apontam para dificuldades de consolidação dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas como espaços públicos de deliberação participativa. Os problemas que limitam esta prática são de uma gama extremamente variada, que vão desde práticas políticas clientelistas e eleitoreiras, até a falta de habilidade e capacitação técnica e política de seus conselheiros, com ênfase nos representantes da sociedade civil.

A falta de capacitação técnica e política tem sido objeto de análise e estudos em diferentes pesquisas (PAIVA; STRALEN; COSTA, 2014), em especial, com o segmento dos usuários. Vários fatores podem contribuir para essa insuficiência: escolaridade insuficiente (especialmente no que diz respeito à capacitação técnica), falta de informação, falta de conhecimento acerca da dinâmica e funcionamento dos Conselhos, pouca habilidade no uso das novas tecnologias de informação e comunicação, capacidade argumentativa (nem todos os conselheiros ou conselheiras tem facilidade de se expressar

³ Órgão vinculado ao Ministério da Saúde. Disponível em: <www.saude.gov.br/sgep>

publicamente), falta de conhecimento especializado sobre uma respectiva política pública (educação ou saúde por exemplo).

A ausência destas habilidades, a falta de preparo para a função, dificultam a concretização de uma gestão participativa (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006; GONÇALVES; SILVA; PEDROSA, 2008). E essa dificuldade é ainda maior no que diz respeito à deliberação de políticas públicas. Esta dificuldade pode facilmente ser utilizada em favor do Poder Público, sobretudo se há interesses partidários e políticos, na implementação de políticas públicas, criando situações de manipulação de tais espaços.

é consensual afirmar que os conselhos não atingem o ideal deliberativo e conseqüentemente não cumprem a legislação brasileira referente ao papel destas arenas de participação social, o que pode remeter-nos a questionar a capacidade deles em atingir determinados ideais da democracia deliberativa, pautada pela argumentação racional entre os atores políticos, a despeito de outras formas discursivas que são produzidas, tendo em vista as diferenças sociais e culturais que existem em nossa sociedade e se reproduzem no espaço conselhistas (PAIVA; STRALEN; COSTA, 2014, p. 492).

A despeito de todas estas dificuldades, é preciso salientar que

tais arranjos representam um espaço de aprendizagem democrática, e, portanto, são importantes para o desenvolvimento de uma chamada cultura cívica [...] como locais de aprendizado de práticas democráticas, de tolerância e de cooperação, com potencial para o fomento de um círculo virtuoso que tende a inculcar valores de uma comunidade cívica ao incentivar a acumulação de capital social, contribuindo para o fortalecimento da democracia (PAIVA; STRALEN; COSTA, 2014, p. 492).

Um ponto importante na análise dos Conselhos de Saúde como órgãos deliberativos de políticas públicas são as Conferências de Saúde. As Conferências são um importante momento de interlocução entre o Poder Público e a sociedade civil na discussão, debate, deliberação, implementação e avaliação de Políticas Públicas, nesse caso específico, das Políticas Públicas de Saúde. As Conferências são realizadas de 04 em 04 anos e em 2015 será realizada a 15ª Conferência Nacional de Saúde em dezembro e a 5ª Conferência Municipal de Saúde de Parintins. Infelizmente a 5ª Conferência será realizada no dia 31 de julho, 01 e 02 de agosto, quando termina o prazo para entrega deste projeto, razão pela qual não tivemos ocasião de analisar o

papel da sociedade civil no processo de deliberação de políticas públicas em tais conferências. Mas pudemos observar que houve uma boa mobilização por parte do CMS/PIN para realização de tal conferência. Antes da realização da Conferência foram realizadas pré-conferências, ou seja, reuniões prévias com a população, trabalhadores da saúde, gestores e prestadores de serviços, com o objetivo de ampliar o debate e a discussão em torno das políticas de saúde no município. A participação da sociedade civil não foi tão satisfatória. Duas reuniões de pré-conferências foram realizadas especificamente para os usuários de saúde da zona urbana de Parintins. Na primeira reunião menos de 50 pessoas estiveram presentes e a segunda reunião não foi realizada por falta de participantes, o que demonstra o pouco interesse que a sociedade tem, ainda, de participar de reuniões e debates do gênero.

Após as pré-conferências, etapas preparatórias para a 5ª Conferência Municipal de Saúde de Parintins, estava previsto a confecção de um Relatório Consolidado com as propostas que foram feitas durante as pré-conferências e que deve ser analisado pelos participantes da 5ª Conferência. Mas até a finalização deste projeto o Relatório não estava concluído pelo CMS/PIN. Contudo, pudemos coletar alguns dados das pré-conferências que devem compor o Relatório Consolidado, a partir do trabalho de campo feito pelo nosso orientador que, não coincidentemente, é um dos conselheiros do CMS/PIN.

De acordo com dados coletados pelo orientador, podemos expor algumas propostas que foram apresentadas nas pré-conferências oriundas da sociedade civil organizada e que podem ser analisadas do ponto de vista da prática deliberativa de uma política pública.

Proposta 1

Avaliação periódica de todos os prestadores de serviços dos hospitais e UBS, desde o primeiro atendimento, até o momento de saída do usuário, onde o mesmo faria uma avaliação do serviço, de modo individual, dos profissionais. E também avaliaria o modo estrutural do hospital ou UBS.

Esta proposta surge a partir da percepção de um determinado problema público: o atendimento insatisfatório dos serviços de saúde. A partir da

percepção deste problema, sugere-se como alternativa uma avaliação periódica dos serviços prestados aos usuários que pode ser, por exemplo, através de um formulário onde será feita a avaliação desses serviços pelos usuários (constitui a etapa da tomada de decisão e implementação da política pública). A partir destes formulários, a Secretaria Municipal de Saúde pode fazer uma avaliação periódica dos profissionais da saúde, chamando a atenção para o fato de como os serviços de saúde devem ser melhorados. O resultado satisfatório ou insatisfatório da política pública só poderá ser medido, naturalmente, se a política pública for executada e avaliada seus efeitos e impactos nos serviços de saúde. Mas fica caracterizado por esse exemplo, como a sociedade pode contribuir com o processo de deliberação de políticas públicas de saúde. Como também é o caso da proposta seguinte.

Proposta 2

Penalizar sobre crime de responsabilidade pública o gestor que não atender o número de especialistas de acordo com a demanda da cidade.

O problema público aqui diz respeito a falta de profissionais especializados em uma determinada área para atender os usuários do SUS que, segundo os participantes da pré-conferência, tem sido algo constante em Parintins, por exemplo, a ausência de um Neurologista. A proposta então sugere que se estabeleça um número mínimo de especialista que devem atuar no município para dar conta dos serviços de saúde em Parintins. A tomada de decisão e implantação naturalmente são de total responsabilidade do Poder Público, e acredita-se desta forma poder melhorar os serviços de saúde em Parintins.

Colocamos aqui dois exemplos de propostas oriundas das Pré-conferências, que são etapas preparatórias da 5ª Conferência Municipal de Saúde (existem ainda outras propostas que foram formuladas, além daquelas que serão sugeridas durante a própria Conferência) e que demonstram como a sociedade pode dialogar com o poder público no sentido de contribuir e

colaborar com as políticas públicas de saúde em Parintins, através de um processo democrático, participativo e deliberativo.

Esse debate que pode ser melhor observado nas Conferências de Saúde (municipal, estadual, nacional) ainda é insuficiente, de acordo com nossas análises, no espaço das reuniões plenárias do CMS/PIN.

Sobre a sequência do processo decisório, é preciso chamar a atenção para a ausência do debate, indicando um certo “consenso”, ou “harmonia”, contrário às expectativas da deliberação democrática, que tem na explicitação dos conflitos um dos elementos centrais, ou seja, “os conselhos decidem sobre temas relacionados às políticas públicas, sem debate ou negociação, o que parece sugerir uma forte despolitização dessas instâncias” (TATAGIBA, 2005, p. 212). Neste ponto outras questões surgem para nortear futuras pesquisas, e que não tiveram como ser avaliadas no momento considerando a complexidade do objeto pesquisado.

Quais os assuntos que geram debate na pauta do Conselho, e que são motivo de deliberação? Como qualificar os processos participativos em curso para causar um maior impacto no que se refere à qualidade da democracia?

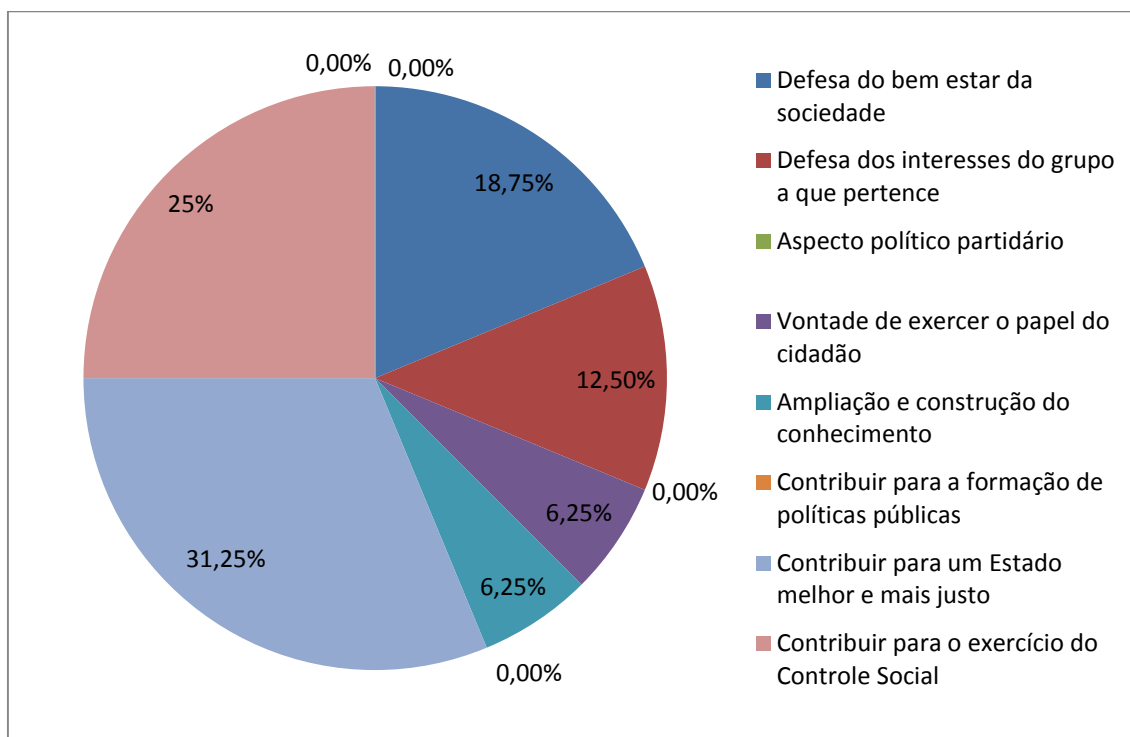
Com efeito,

A efetividade da participação, quanto à democratização dos processos de gestão e a melhoria na qualidade dos seus resultados, depende de alguns condicionantes, cuja identificação e discussão vão continuar animando, por muito tempo, os debates sobre a democracia contemporânea (TATAGIBA, 2005, p. 212).

A partir destas análises, sugerimos como objeto de pesquisas futuras, novas análises que permitam esmiuçar a dinâmica deliberativa no espaço dos Conselhos de Políticas Públicas em suas diversas etapas: proposição, debate, encaminhamento, decisão, deliberação. Analisar e avaliar quais falas são seguidas ou não por debates e contestações, a forma de encaminhamento das decisões e os atores dominantes em cada uma dessas fases.

Para complementar a pesquisa perguntou-se sobre os principais elementos motivadores para ser conselheiro.

Gráfico 1: elementos motivadores para ser conselheiro

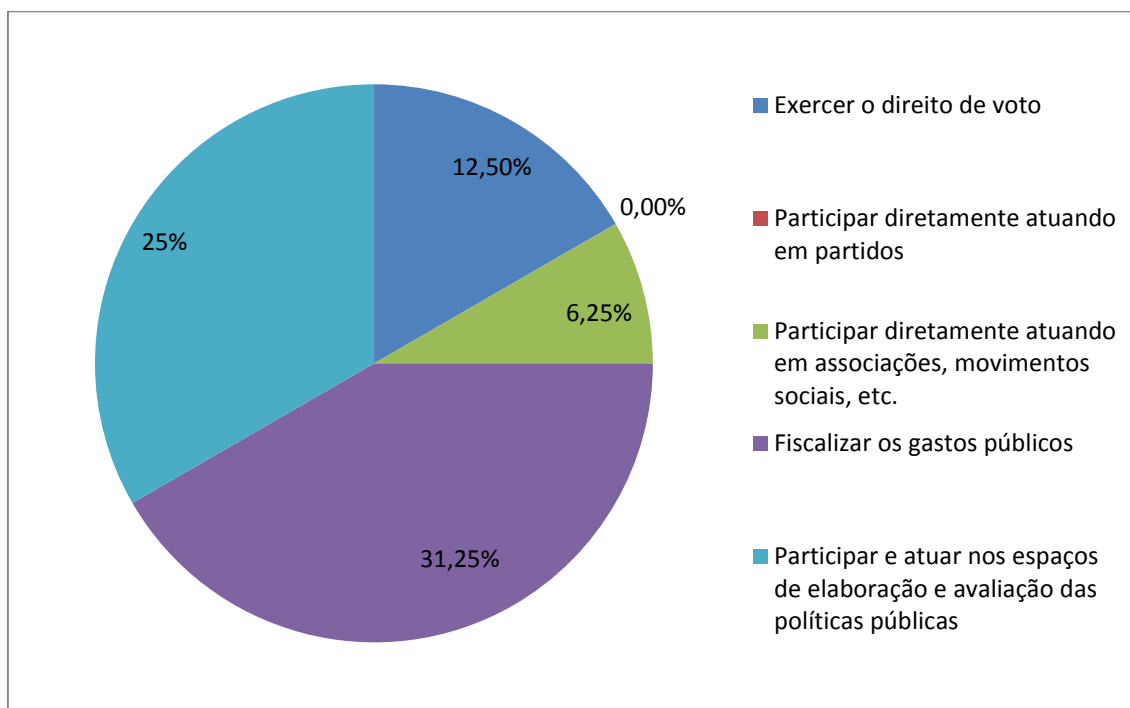


Pesquisa de campo 2015

O gráfico acima indica que os principais elementos motivadores para ser conselheiro são 31,25% contribuir para um Estado melhor e mais justo; 25% contribuir para o exercício do controle social e 18,75% pela defesa do bem estar da sociedade. Revela também o quanto a ideia de “contribuir para a formação de políticas públicas” está distante da realidade dos conselheiros, já que nenhum conselheiro optou por este aspecto.

Outra pergunta feita aos conselheiros foi: Qual deve ser o papel do cidadão na política?

Gráfico 2: o papel do cidadão na política



Pesquisa de campo 2015

O gráfico mostra que 31,25% dos conselheiros destacam que o seu principal dever é fiscalizar os gastos públicos, seguindo de 25% no que se refere em participar e atuar nos espaços de elaboração e avaliação das políticas públicas (contrastando com o gráfico anterior); e 12,50% exercer o direito do voto.

No espaço do CMS existe uma fragilidade no nível de organização dos movimentos populares e sindicais e a pouca consciência de classe. Foi possível verificar também a pouca participação dos conselheiros em partidos políticos e sindicatos, o que pode indicar que existência de uma perspectiva política restrita somente a saúde, e não a um projeto societário mais amplo. Sabe-se que a participação dos movimentos sociais contribui para qualificar o debate dos conselheiros e potencializar a participação democrática (BRAVO; MENEZES, 2013).

Nas manifestações dos conselheiros está sempre presente a insegurança resultante do exercício de uma representação que vem sofrendo esvaziamento político na ausência de movimentos e partidos atuantes no interior das comunidades populares. Assim, a sociedade não deixa de se fazer

presentes nos Conselhos, mas a descrença da comunidade afeta o desenvolvimento da função.

Sendo assim, o perfil político-ideológico dos conselheiros deve ser composto por sujeitos politizados, esclarecidos quanto a seu papel, cientes de seus direitos e de deveres. Envolve capacitação política e técnica, valores, interesses, demandas e objetivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa realizada objetivou contribuir com o recente debate acerca da contribuição dos conselhos gestores de políticas Públicas. Atualmente o Conselho Gestor de Política Pública de Saúde, funciona como um dos principais mecanismos de controle social, este assume um papel fundamental na garantia dos direitos à saúde e na fiscalização no uso dos recursos públicos destinados e na deliberação de políticas públicas deste setor.

A pesquisa realizada junto ao Conselho Municipal de Saúde em Parintins, nos mostrou que o CMS não tem atuado no sentido de influenciar na implementação de políticas públicas na área da Saúde, segundo os dados coletados. Isso acontece por uma série de fatores, que vão desde a falta do conhecimento dos conselheiros em relação às Políticas Públicas e as respectivas funções do conselho até possíveis práticas de manipulação política partidária nos espaços dos Conselhos.

Além desses fatores as respostas coletadas nas entrevistas apontaram para a dificuldade no gerenciamento dos recursos destinados ao conselho. Isso implica na dificuldade em propor políticas públicas de saúde no município.

Os estudos mostraram que os principais elementos que atualmente tem dificultado o exercício de uma das principais funções do conselho, a deliberativa, é a falta de capacitação dos conselheiros, isso implica na atuação e desempenho do conselho. Existe certo desconhecimento dos próprios conselheiros em relação às funções do conselho, logo isso reflete no fato de não haver deliberações concretas na área da saúde em Parintins.

Foi identificado que os cidadãos que mais tem colaborado com as atividades do CMS são aqueles conselheiros que possuem ensino de nível

superior no entanto, esse exercício ainda não atingiu a sua maturidade no que se refere à elaboração de políticas públicas.

No campo da avaliação do Conselho Municipal de Saúde de Parintins enquanto órgão deliberativo e promotor de políticas públicas, percebemos que há uma grande fragilidade no que se refere às deliberações, o conselho ainda é muito imaturo para propor. Isso é reflexo dos diversos fatores já mencionados.

É necessário que haja maior investimento do poder público na capacitação dos conselheiros, para que estes possam contribuir nesse importante processo de descentralização da Política de Saúde, essa capacitação seria o ideal para que os conselheiros compreendessem não somente o que é política pública e sua finalidade, mas também compreender o processo de gestão e planejamento para atender com mais eficácia as demandas levadas ao CMS, além de proporcionar o conhecimento sobre o conselho e suas respectivas atribuições. No que se refere ao uso dos recursos destinados ao conselho, percebemos que há uma dificuldade no gerenciamento desses recursos, a ausência dessa autonomia tem refletido na atuação frágil e limitada do conselho frente aos problemas da saúde pública em Parintins, pois a autonomia deliberativa dos conselhos também depende de meios físicos, gerenciais e financeiros.

Quanto ao compromisso dos conselheiros com essa importante função pública, é fundamental que todos estejam engajados com a luta para melhores condições de saúde, e principalmente que estes estejam dispostos a buscar o bem da coletividade. Uma vez que a lei nº 479/2010 dispõe que o exercício da função de conselheiro é de relevância pública e, portanto, garante dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro, durante o período das reuniões, capacitações e ações específicas do Conselho Municipal de Saúde. Percebemos que há um esvaziamento nas reuniões deliberativas ainda que os conselheiros estejam assegurados pela legislação. E para isso é necessário que todos estejam envolvidos com as ações do conselho, e participem das reuniões deliberativas, buscando participar das reuniões deliberativas visando elencar as demandas dos seus respectivos grupos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIN, Daniel; VIZEU, Fábio. Democracia deliberativa: leitura crítica do caso CDES à luz da teoria do discurso. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro 42(1), jan/fez, 2008, p. 83-108.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de Política**. 11. ed. Brasília: Editora UnB, 1998. Vol. I.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 17. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. 2. ed. Brasília – DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 333, de 04 de novembro de 2003**. Aprova diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em : <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/resolucao333.htm>. Acessado em 20/01/2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 453, de 10 de maio de 2012**. Aprova diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.htm>. Acessado em 20/01/2015.

_____. **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 dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acessado em 20/01/2015.

_____. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acessado em 20/01/2015.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais**. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2013.

CARVALHO, A. I. **Conselho de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: Ibmam/fase, 1995.

CAMPOS, Edval Bernardino; MACIEL, Carlos Alberto Batista. Conselhos paritários: o enigma da participação e da construção democrática. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 55, p. 143-155, nov. 1997.

CAMPOS, E. B. Assistência Social: do descontrole ao controle social. **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, v. 1, n. 88, 2006.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa Qualitativa em Ciências Humanas e Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2006.

COSTA, V. M. R. Teoria democrática e conselhos de política social. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Orgs.). **Política social e democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 87-111.

FINKELMAN, J. (org.). **Caminhos da saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed- 5. Reimp- São Paulo, 2008.

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. São Paulo: Cortez, 2001. (questões da nossa época. v. 84).

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. 11. ed. Rio de Janeiro: Record, 2009.

GONÇALVES, A. O.; SILVA, J. F.; PEDROSA, J. I. S. Contribuições da gestão participativa no espaço público chamado conselho: o contexto dos conselhos de saúde no Brasil. **Divulg Saude Debate**, (43), p. 96-105, 2008.

GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Cien Saude Colet**, 11(3), p. 797-805, 2006.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed.5. reimp. São Paulo: Atlas, 2007.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn. **Possibilidades e limites da democracia deliberativa: a experiência do orçamento participativo de Porto Alegre**. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Departamento de Ciência Política do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas-SP, 2002.

PAIVA, Fernando S.; STRALEN, Cornelis J. Van; COSTA, Pedro H. A. da. Participação social e saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(2), p.

487-498, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.10542012>>. Acessado em 17/07/2015.

PARINTINS. **Lei Municipal nº 479 de 08 de setembro de 2010**. Dispõe sobre a reorganização e atribuições do Conselho Municipal de Saúde de Parintins. Câmara Municipal de Parintins, 2010.

PRESTES, Maria Luci de Mesquita. **A pesquisa e a construção do conhecimento científico**: do planejamento aos textos, da escola à academia. 2. Ed. 1. Reimp. São Paulo: Rêspel, 2007.

PRODANOV, Cleber Cristiano. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RODRIGUES, Marta M. Assumpção. **Políticas Públicas**. São Paulo: Publifolha, 2011. (Coleção Folha Explica).

SANTOS, Boaventura de Sousa [org.]. *Democratizar a Democracia*: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. Vol. 1.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

SILVA, F.A.B.; ABREU, L. E. L. **Saúde**: capacidade de luta – a experiência do Conselho Nacional de Saúde. Texto para discussão, Brasília: Ipea, n.933, 2002.

SOUZA, Celine. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, jul/dez 2006, p. 20-45.

TATAGIBA, Luciana. Conselhos gestores de políticas públicas e democracia participativa: aprofundando o debate. **Revista Sociologia Política**, Curitiba, 25, p. 209-213, nov. 2005.

ANEXO 1: NOTA TÉCNICA DO ORIENTADOR

No projeto inicial tínhamos proposto como um de seus objetivos, não apenas aprofundar a discussão teórica em torno do conceito de democracia deliberativa mas, fazê-lo à luz do modelo de democracia deliberativa do filósofo alemão Jürgen Habermas. Este objetivo não pôde ser executado e por isso foi excluído do relatório final. Sendo assim, sugerimos a partir dos dados aqui analisados, que outras pesquisas futuras possam aprofundar ainda mais o referencial teórico e o debate em torno de um modelo de democracia deliberativa que possa contribuir com o processo de deliberação de políticas públicas no âmbito dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas em geral.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Nº	Descrição	Dez	Jan 2015	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
01	Produção de fichas de leituras	X	X	X					
02	Revisão Bibliográfica	X	X	X					
03	Observação Sistemática	X		X		X			
04	Entrevistas					X	X		
05	Submissão do material compilado à leitura crítica, reflexiva e dinâmica	X	X	X	X	X			
06	Orientação periódica com o professor orientador	X		X		X		X	
07	Elaboração de relatórios parciais para apreciação do orientador		X				X		
08	Elaboração do Resumo e Relatório Final							X	X
09	Preparação da Apresentação Final para o Congresso								X